

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M.SC.)

PAR  
PASCALE BOUCHER

ÉTUDE DESCRIPTIVE DES CONNAISSANCES ET DES ATTITUDES DE  
COLLÉGIENS SUR LES TROUBLES ALIMENTAIRES.

15 JUIN 2010

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## *Sommaire*

Le niveau collégial est pour plusieurs une période de transition entre l'adolescence et la vie adulte. Lors de ce passage, le rôle des pairs devient d'autant plus important et ce, de manière encore plus pointue pour celles et ceux qui affichent une forme ou une autre de vulnérabilité. En effet, le soutien social d'une personne qui est, par exemple, atteinte d'un trouble de santé mentale est important lors de périodes difficiles. De plus, Livneh et Antonak (1997) constatent qu'une population informée d'une problématique est portée à avoir une attitude favorable. Pourtant, peu d'auteurs se sont intéressés au rôle des pairs envers les personnes atteintes d'un problème de santé mentale, par exemple, les filles atteintes d'un trouble alimentaire. L'anorexie et la boulimie constituent des phénomènes prégnants de nos sociétés contemporaines où l'influence des médias semble de plus en plus s'imposer. À ce titre, l'image des canons de beauté que les médias véhiculent semble avoir une influence chez les jeunes filles et leur entourage quant à l'idéal physique à atteindre. Souvent ces images sont retouchées, rendant alors les critères inaccessibles. Or, aucun programme actuel ne propose une forme de support spécifique aux problèmes potentiels issus de ce phénomène. Considérant ces lacunes, le présent mémoire propose de réaliser une étude descriptive des connaissances et des attitudes des collégiennes et collégiens sur la question des troubles alimentaires. Puisque les seuls questionnaires concernant les troubles alimentaires sont de type diagnostique, il a fallu élaborer et valider un outil destiné à mesurer les connaissances et les attitudes d'une population d'étudiantes et d'étudiants de niveau collégial (N = 453) à l'égard des troubles alimentaires. Ce questionnaire, une fois validé, a permis par la suite d'explorer

différentes hypothèses portant sur les connaissances et les attitudes de ces étudiantes et étudiants. Ces hypothèses consistent donc à : (1) vérifier si les filles ont une meilleure connaissance des troubles alimentaires que les garçons, (2) vérifier s'il y a une différence entre les réponses des personnes venant d'un collège par rapport à un autre, (3) vérifier s'il y a une différence entre les réponses dépendamment de l'âge du répondant, (4) vérifier jusqu'à quel point le fait de connaître quelqu'un qui a des symptômes d'un trouble alimentaire, fait en sorte que les connaissances sont meilleurs et les attitudes plus positives, (5) si plus une personne connaît la problématique, plus elle aura une attitude favorable face à une personne atteinte. Les résultats ont permis, d'une part, de voir que les filles ont une meilleure connaissance des troubles alimentaires que les garçons. D'autre part, la cueillette d'informations a aussi permis de voir qu'il y a une différence entre les réponses des personnes venant des trois différents collèges. Ensuite, la recherche a démontré qu'il n'y avait pas de différence entre les réponses dépendamment de l'âge des répondants. On note aussi que plus une personne connaît quelqu'un qui a des comportements et symptômes liés aux troubles alimentaires, meilleures seront son attitude et ses connaissances de la problématique. Pour terminer, plus une personne connaît la problématique, meilleure sera son attitude face à une personne atteinte. Ce résultat concorde avec ce qui est dans les écrits scientifiques et cliniques.

## *Table des matières*

<i>Sommaire</i> .....	ii
<i>Liste des tableaux</i> .....	vii
<i>Remerciements</i> .....	ix
<i>Introduction</i> .....	1
<i>État des connaissances et problématique</i> .....	5
Historique des troubles alimentaires.....	6
Définitions et caractéristiques des troubles alimentaires.....	8
Définitions et caractéristiques de l'anorexie.....	9
Incidence.....	11
Conséquences et facteurs de comorbidité.....	11
Définitions et caractéristiques de la boulimie.....	13
Incidence.....	14
Conséquences et facteurs de comorbidité.....	15
Différenciations et particularités communes.....	15
Les troubles des conduites alimentaires atypiques.....	16
Les compulsions alimentaires.....	17
Les causes des troubles des conduites alimentaires.....	17
Prévention et dépistage.....	20
Relation avec l'entourage.....	21
Perception du soutien social.....	24
Similitudes dans le pairage.....	26

Le soutien par les pairs.....	28
Hypothèses.....	30
<i>Méthode</i> .....	32
Participants.....	33
Instrument de mesure.....	34
Prétest.....	34
Instrument de mesure pour la passation.....	35
Recodification et regroupement des données.....	37
Passation des questionnaires.....	39
<i>Résultats</i> .....	41
Présentation des résultats.....	42
<i>Fréquences</i> .....	42
<i>Résultats des tests de différence de moyenne</i> .....	59
<i>Résultats entre les trois différents collèges</i> .....	62
<i>Résultats en lien avec l'âge</i> .....	63
<i>Liens entre les variables</i> .....	64
<i>Discussion</i> .....	67
Limites de la recherche.....	72
<i>Conclusion et recommandations</i> .....	75
Recommandations.....	77
<i>Références</i> .....	78
Appendice A Le questionnaire.....	82

Appendice B Formulaire de consentement pour les étudiants de l'UQTR.....	88
Appendice C Formulaire de consentement pour les étudiants des collèges.....	92
Appendice D Ressources d'aide.....	97
Appendice E Formulaire de consentement pour les directeurs.....	99

*Liste des tableaux*

Tableau

1	Sous-thèmes et nombre de questions en lien avec les connaissances.....	36
2	Sous-thèmes et nombres de questions en lien avec les attitudes et les sentiments.....	37
3	Pourcentage de bonnes réponses concernant les facteurs de risque.....	44
4	Pourcentage de bonnes réponses concernant les connaissances des traitements	45
5	Pourcentage de bonnes réponses concernant les conséquences des troubles alimentaires.....	46
6	Pourcentage de bonnes réponses concernant les caractéristiques des troubles alimentaires.....	47
7	Pourcentage de bonnes réponses concernant les caractéristiques des filles atteintes d'un trouble alimentaire.....	49
8	Pourcentage de bonnes réponses concernant les comportements des filles atteintes d'un trouble alimentaire.....	51
9	Pourcentage de bonnes réponses concernant les attitudes collaboratives venant de l'entourage.....	53
10	Pourcentage de bonnes réponses concernant les attitudes de contrôle venant de l'entourage.....	54
11	Pourcentage de bonnes réponses concernant les attitudes face aux perceptions du corps.....	55
12	Pourcentage de sentiments vécus par l'entourage.....	56
13	Pourcentage de réponses face à la connaissance de quelqu'un qui a des comportements ou symptômes liés aux troubles alimentaires.....	58
14	Résultats des filles par rapport aux gars.....	60



15	Résultats des gens provenant des collèges en milieu semi-urbain face aux gens provenant du collège en milieu urbain.....	61
16	Résultats des gens provenant d'un collège face à un autre.....	63
17	Résultats des analyses de corrélation.....	66

### *Remerciements*

Tout d'abord, je tiens à remercier Lyne Douville et Marc Alain pour leur accompagnement tout au long de ce mémoire. Je tiens aussi à remercier les directeurs des trois différents collèges qui m'ont permis de faire ma collecte de données ainsi que les coordonnateurs et les enseignants de ces établissements. Pour terminer, merci aux personnes de mon entourage qui m'ont encouragée à persévérer.

## *Introduction*

En écoutant les personnes âgées, on s'aperçoit que la société québécoise évolue. Les rôles des hommes et des femmes ont changé, particulièrement celui de la femme depuis le droit de vote et l'accès au marché du travail et aux études. Malgré l'évolution du rôle de la femme, on ne peut nier le fait qu'elle est encore utilisée comme un objet de promotion. Dans les bars, dans les magazines, à la télévision ou sur Internet, le corps de la femme est exploité dans un but mercantile.

Les médias visuels ont pris énormément d'expansion au cours des dernières années; la femme est donc maintenant affichée partout et l'image qui en est véhiculée n'est pas nécessairement représentative de la réalité. Nous sommes envahis par des images de femmes « parfaites » pour ne pas dire parfois même, de fillettes « parfaites ». Que ce soit à la télévision, à l'ordinateur, dans les magazines ou sur les pancartes publicitaires, un très grand nombre d'annonces utilisent la femme pour vendre un produit. Elles sont présentes dans des publicités de parfums, de jeans, de bijoux, ou tout autre produit. La femme que l'on voit sur ces images est souvent beaucoup plus jeune que ce que l'on pense. De plus, nous savons maintenant que les images sont presque constamment retouchées; ces critères deviennent alors inaccessibles. Les femmes qui veulent correspondre à ces standards mettent parfois leur santé en danger. Mais qu'en est-il de notre santé? A-t-on oublié que de telles publicités pouvaient avoir un impact néfaste sur la santé de nos amies, de nos sœurs ou même de nos filles? Que connaît-on

des troubles alimentaires? Savons-nous que ce sont des maladies graves et dangereuses? Savons- nous comment agir si une personne de notre entourage est atteinte d'un trouble alimentaire?

Cette étude permettra d'en apprendre un peu plus sur les connaissances et les attitudes à l'endroit des troubles alimentaires. Au premier chapitre, l'état des connaissances et la problématique seront présentés selon différents thèmes : historique des troubles alimentaires, définitions et caractéristiques des troubles alimentaires, définitions et caractéristiques de l'anorexie, incidence, conséquences et facteurs de comorbidité, définitions et caractéristiques de la boulimie, incidence, conséquences et facteurs de comorbidité ainsi que la différenciations et particularités communes de l'anorexie et de la boulimie. Ensuite, les différents thèmes sont les suivant : troubles des conduites alimentaires atypiques, compulsions alimentaires, causes des troubles des conduites alimentaires, prévention et le dépistage, relation avec l'entourage, perception du soutien social, similitudes dans le pairage et soutien par les pairs. Enfin, nous terminerons par une présentation des hypothèses.

Le deuxième chapitre abordera la méthode en décrivant les participants, l'instrument de mesure, le prétest, l'instrument de mesure retenu lors de la passation et le déroulement. Ensuite, le troisième chapitre portera sur les résultats, soit la recodification et le regroupement des données et la présentation des résultats. Le quatrième chapitre présentera la discussion en lien avec les résultats obtenus. Enfin, le

mémoire se terminera par la conclusion présentant les limites de la recherche et les recommandations.

*État des connaissances et problématique*

## Historique des troubles alimentaires

L'anorexie et la boulimie peuvent, pour certains, sembler de nouvelles maladies. En effet, lors des dernières décennies, on entendait peu parler de ces troubles. Toutefois, les troubles alimentaires étaient bien présents des siècles auparavant.

Selon Pépin, Boulard et Bergeron (2004), l'anorexie est une problématique qui a été découverte par le médecin Richard Morton en 1689. En 1865, dans le dictionnaire *Duglison*, l'anorexie a été décrite comme une perte d'appétit, qui est un symptôme présent dans une variété de maladies (Blanshay, 1994). En 1868, Sir William Withey Gull fait mention d'un nouveau syndrome qui s'explique par le fait que les femmes se retrouvent extrêmement amaigries à la suite d'une aepsie hystérique (un ralentissement de la digestion). Bref, il croit que la digestion joue un rôle important dans l'anorexie (Bergh & Sodersten, 1998). En 1873, le médecin Ernest-Charles Lasègue publie un article : « De l'anorexie hystérique ». Dans cet article, Lasègue propose que l'hystérie est la cause de la perte d'appétit. Lasègue (1873) est le premier à faire le lien entre l'expression de l'hystérie et la famille immédiate, selon Blanshay (1994). Au début du XX<sup>e</sup> siècle, Simmonds (1914) attribue la maladie à un trouble de l'hypophyse. Cependant, il parle plutôt de cachexie hypophysaire, une maladie où les filles qui en sont atteintes deviennent squelettiques. C'est vers les années 1950-1960 que l'on connaît



mieux l'anorexie et que l'on explore les facteurs qui causent la maladie (Pomerleau, Ratté, Boivin, Brassard, 2001).

L'histoire de la boulimie, quant à elle, est plus récente que celle de l'anorexie. Malgré le fait qu'on ait rapporté des cas de boulimie dans la littérature avant les années 1950, ce n'est qu'en 1979 que Russell, en Angleterre, décrit la boulimie sous le terme de *bulimia nervosa*. Le trouble boulimique en contexte médical est décrit vers la fin des années 1970. Certains croient que cette problématique était présente avant les années 1950, mais qu'elle était moins fréquente. La boulimie était connue comme un comportement et non comme une maladie avant le XX<sup>e</sup> siècle (Pomerleau et al., 2001).

En 1986, Fairburn et Garner ajoutent aux critères de Russell une restriction alimentaire extrême pour compenser les épisodes boulimiques. En effet, les personnes atteintes peuvent aussi restreindre leur quantité de nourriture afin de compenser les moments où ils ont eu des crises de boulimie. Ils mettent aussi l'accent sur le sentiment de perte de contrôle et sur l'alimentation qui serait plus importante que la quantité de nourriture consommée.

La première fois que la boulimie a été mentionnée dans le DSM-III (3<sup>e</sup> version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Association, 1980), on y décrivait le déroulement des crises de boulimie ainsi que les facteurs émotionnels liés aux crises. En 1987, la révision du DSM-III, soit le DSM-III-R,

amène un critère de fréquence et de persistance des crises boulimiques : « au moins deux épisodes boulimiques par semaine en moyenne pendant au moins trois mois ». De plus, on souligne une préoccupation déraisonnée et persistante concernant le poids et les formes du corps (tout comme pour l'anorexie) (Flament, Jeammet, Remy, 2002).

Par ailleurs, on ne peut nier que notre société contemporaine joue un rôle en ce qui concerne l'anorexie. En effet, les adolescents sont grandement influencés par les médias contemporains. La place prise par les mannequins et les tops modèles laisse voir une évolution vers une esthétique de la maigreur. L'idéal contemporain induit chez les jeunes n'est pas celui de l'accomplissement de soi, mais plutôt celui du dépassement de soi et de la performance (Brusset, 2005).

### Définitions et caractéristiques des troubles alimentaires

En Amérique, quand on dit qu'une personne est atteinte d'un trouble alimentaire, c'est qu'elle a été diagnostiquée selon les critères du DSM-IV. Dans les prochains paragraphes, les définitions et les caractéristiques de l'anorexie, son incidence, ainsi que ses conséquences et les facteurs de comorbidité seront abordés. Les définitions et les caractéristiques de la boulimie, son incidence et ses conséquences seront aussi présentés. Ensuite, une explication des troubles alimentaires atypiques ainsi que des compulsions alimentaires sera présentée. Cette partie se terminera par l'identification des causes des troubles alimentaires, la prévention et le dépistage.

### Définitions et caractéristiques de l'anorexie

Dans la quatrième édition du *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (American Psychiatric Association, 1994), quatre critères ont été proposés pour diagnostiquer l'anorexie : (1) le refus de maintenir un poids corporel au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille, (2) la peur intense de prendre du poids ou de devenir gros alors que le poids est inférieur à la normale, (3) la perte de l'estimation de son poids corporel, de sa taille ou de ses formes (la personne dit «se sentir grosse», affirme que certaines parties de son corps sont trop grosses alors qu'elle est, à l'évidence, trop maigre) et chez la femme, (4) l'absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs.

La perte de poids est vue par l'anorexique comme une réussite extraordinaire et comme un signe d'une très bonne autodiscipline. La prise de poids est à l'inverse perçue comme une défaite, un manque de maîtrise de soi (American Psychiatric Association, 1994).

Selon Kaplan et Sadock (1994), l'anorexie se caractérise par une grande distorsion de l'image corporelle et par la poursuite de la minceur. Le refus de se nourrir peut même causer la mort (Kaplan & Sadock, 1994). L'anorexie s'explique principalement par une peur obsessionnelle de prendre du poids. Cette obsession a pour conséquence des comportements alimentaires restrictifs ou purgatifs (Pépin et al., 2004). L'anorexie de type restrictif signifie que lors de la période d'anorexie, la personne n'a

pas eu d'épisode de boulimie et n'a pas eu recours à des vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs. Quant au type purgatif (type boulimique), il signifie que lors de la période d'anorexie, la personne a présenté des crises de boulimie et/ou a eu des vomissements provoqués ou elle a pris des purgatifs (American Psychiatric Association, 1994).

L'anorexie peut se présenter avec ou sans épisodes boulimiques. Environ la moitié des personnes anorexiques sont du type boulimique (purgatif) (Pépin et al., 2004). De plus, l'anorexie apparaît souvent à l'adolescence. Cette période est caractérisée par plusieurs évolutions développementale telles que : le début de la puberté, le passage au secondaire, la redéfinition des relations d'amitié, la fréquentation des garçons, etc. La majorité des anorexiques sont moins préparées à affronter cette étape de leur vie. Il arrive que les désordres alimentaires traduisent un sentiment d'impuissance, d'incompréhension, et même, une faible estime de soi (SCRASSC, 2002). Plusieurs de ces adolescentes proviennent de familles qui les ont protégées contre les difficultés de la vie. Elles ont donc moins souvent l'occasion de faire face à des difficultés et ainsi de développer leur souplesse d'adaptation (Pauzé & Charbouillot-Mangin, 2001).

Plusieurs adolescentes atteintes d'anorexie ont un intérêt marqué pour la cuisine. Le contact avec les aliments leur permet de satisfaire leurs envies alimentaires. De plus, afin de contrôler la sensation de faim, les anorexiques s'imposent des rituels en lien avec leurs conduites alimentaires (par exemple, elles essorent leurs viandes).

Progressivement, les rituels s'installent dans plusieurs sphères de leur vie (Pauzé & Charbouillot-Mangin, 2001).

### Incidence

Le taux d'incidence de ce trouble peut varier de 1 à 5 % dépendamment des auteurs et, parmi cette proportion, 90 à 95 % sont des femmes. L'âge d'apparition du trouble se situe entre 14 et 25 ans. Cependant, il y a de plus en plus de cas qui se situent à des niveaux inférieurs ou supérieurs à ces limites d'âge (Pépin et al., 2004).

En 2000, l'Institut national de nutrition montre qu'à l'âge de 9 ans, 40 % des jeunes filles canadiennes ont déjà suivi un régime amaigrissant (Pépin et al., 2004). En 2001, l'Institut indique qu'entre 200 000 et 300 000 Canadiennes de 13 à 40 ans sont atteintes d'anorexie et que le nombre double lorsqu'on parle de boulimie.

### Conséquences et facteurs de comorbidité

De façon générale, les anorexiques nient les conséquences médicales graves associées à leur malnutrition. Lorsque les anorexiques vont consulter, c'est souvent parce que leur famille les oblige à le faire suite à une perte de poids majeure. Quand elles y vont d'elles-mêmes, c'est en général à cause des troubles subjectifs liés aux conséquences d'un manque de nourriture (American Psychiatric Association, 1994).

Keys, Brozek, Henschel, Mickelsen et Taylor (1950) ont décrit différents symptômes liés au jeûne. En premier lieu, les auteurs présentent les effets psychologiques et comportementaux : intérêt démesuré pour la nourriture, changement des habitudes alimentaires, attitude compulsive et obsessionnelle plus marquée, changements émotionnels, désintérêt à l'égard de la santé, retrait social, diminution de la libido, consommation excessive d'aliments quand l'occasion se présente, peur excessive de perdre le contrôle quand il y a prise de nourriture et pour terminer, changement de personnalité. En second lieu, ils présentent les effets physiologiques du jeûne: troubles du sommeil, problèmes gastro-intestinaux, hypothermie, ralentissement du rythme cardiaque, aménorrhée, perte de cheveux, apparition de duvet, œdème.

Plusieurs facteurs de comorbidité sont liés à l'anorexie, comme la dépression majeure, les troubles obsessionnels-compulsifs et le trouble de personnalité limite. Les personnes atteintes d'anorexie souffrent souvent de complications médicales telles que les dysfonctionnements biochimiques, métaboliques et hormonaux et les problèmes rénaux, cardiaques et thyroïdiens. L'ostéoporose est une maladie qui est aussi liée à l'anorexie et qui est due à l'aménorrhée. Le taux de décès causé par la problématique d'anorexie se situe à 15 % contrairement à 25 % au début des années 1970 (Pépin et al., 2004). Selon le DSM-IV, les personnes atteintes d'anorexie mentale qui sont très maigres présentent des symptômes dépressifs comme une humeur dépressive, le retrait social, l'irritabilité, l'insomnie et une diminution de l'intérêt pour la sexualité (American Psychiatric Association, 1994).

### Définitions et caractéristiques de la boulimie

Dans la quatrième édition du *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (American Psychiatric Association, 1994), des critères ont été proposés pour diagnostiquer la boulimie, soit une période de frénésie alimentaire, des comportements compensatoires, la présence d'un minimum de deux épisodes de frénésie alimentaire par semaine combinés à des comportements compensatoires pendant au moins trois mois, le jugement porté sur soi qui est indûment influencé par la forme et le poids du corps. Pour terminer, le DSM-IV mentionne que le trouble ne survient pas pendant une période d'anorexie mentale.

Une personne atteinte de boulimie sera préoccupée par la minceur tout comme l'anorexique. Cependant, le trouble est très différent. Une personne boulimique ne sera que très rarement aussi mince qu'une personne anorexique. La personne atteinte de boulimie ressent une sensation de vide qu'elle essaie de combler de différentes façons. Par désir d'être acceptée par les autres et par impulsivité, elle mangera exagérément et elle s'investira dans des comportements autodestructeurs. Selon Wilkins (1998), on remarque moins la personne boulimique que celle qui est anorexique puisque ses périodes de frénésie alimentaire font augmenter son poids. Elle est donc habituellement moins maigre que la personne anorexique.

Les périodes de frénésie alimentaire s'effectuent en moins de deux heures et la quantité de nourriture ingérée dépasse largement la quantité qu'une autre personne

mangerait dans le même laps de temps. Ce qui différencie la boulimie de la gourmandise, c'est la très grande quantité de nourriture avalée et qui est accompagnée d'une perte de contrôle. De plus, cette perte de contrôle est suivie de comportements compensatoires comme les vomissements ou l'utilisation de laxatifs (Pépin et al., 2004).

La personne atteinte de boulimie ressent habituellement de la honte face à son trouble alimentaire. Les crises sont donc souvent très discrètes. L'épisode peut être planifié ou non. Les crises peuvent être déclenchées par des tensions interpersonnelles, par une faim intense faisant suite à une période de restriction alimentaire, par des pensées portant sur le poids, l'image du corps ou la nourriture (American Psychiatric Association, 1994).

### Incidence

Le taux d'incidence de la boulimie est environ de 2 %. Parmi cette proportion, 90% sont des femmes. La majeure partie du temps, la boulimie se déclare vers la fin de l'adolescence et trois à quatre fois plus de personnes sont touchées par les troubles atypiques. On peut donc supposer qu'environ 10 % des adolescentes et des jeunes femmes sont aux prises avec un trouble alimentaire (anorexie, boulimie, atypique) (Pomerleau et al., 2001).



### Conséquences et facteurs de comorbidité

L'indiction de vomissements répétitifs engendre des problèmes au niveau gastrique. De plus, les vomissements engendrent plusieurs conséquences telles que la détérioration de l'émail des dents, une augmentation de la sensibilité des dents au chaud et au froid, l'irritation des gencives (suite à un excès de brossage des dents), des gingivites, l'apparition de callosités sur les jointures, l'irritation des cordes vocales et des structures du fond de la bouche (Pépin et al., 2004). On remarque que le tiers des personnes atteintes de boulimie abuse ou est dépendant de différentes substances comme l'alcool et les stimulants (American Psychiatric Association, 1994).

### Différenciations et particularités communes

Pomerleau et ses collaboratrices (2001) présentent une différenciation entre l'anorexie et la boulimie. Au niveau du poids, l'anorexique est maigre et la boulimique a un poids habituellement normal. En ce qui a trait à l'histoire familiale au niveau du poids, celle de la famille de l'anorexique est normale et celle de la famille de la boulimique se caractérise habituellement par de l'obésité. En ce qui concerne les comportements purgatifs, pour l'anorexique, ils sont plus ou moins fréquents; quant à la boulimique, ils sont très fréquents. Au niveau des émotions, ils sont neutres pour l'anorexique et avec fluctuations pour la boulimique. Ensuite, l'anorexique abuse rarement de l'alcool et des drogues alors que la boulimique en abuse fréquemment. D'autre part, les anorexiques ont une sexualité peu active et les boulimiques ont une sexualité de normale à exagérée. En ce qui a trait aux automutilations et aux tentatives de

suicide, celles-ci sont rares chez les anorexiques et assez fréquentes chez les boulimiques. Pour conclure cette partie, en ce qui concerne la personnalité, les anorexiques sont très perfectionnistes et ont besoin d'avoir le contrôle sur soi. Les boulimiques, pour leur part, sont beaucoup plus impulsives.

La SCRASSC (2002) présente différentes manifestations que les filles peuvent avoir lorsqu'elles sont anorexiques ou boulimiques telles que : avoir des sautes d'humeur fréquentes, travailler énormément, s'isoler, être peu attentive aux autres, surveiller son alimentation, faire des diètes fréquemment, compter les calories, faire des rituels à l'heure des repas comme essorer le gras et couper la nourriture en petits morceaux, se peser souvent, faire de l'exercice de façon compulsive, ingérer rapidement une grande quantité de nourriture, dissimuler son corps dans des vêtements amples, se faire vomir, utiliser des laxatifs, éviter de manger en public ou avec des amis et refuser de l'aide, car elles croient ne pas en avoir besoin. De plus, elles veulent être les meilleures et exceller dans tout ce qu'elles font.

### Les troubles des conduites alimentaires atypiques

Les troubles atypiques (non spécifiés) se présentent comme l'anorexie ou la boulimie, mais ils ne présentent pas toutes les caractéristiques de ces dernières. Par exemple, la perte de poids est moins grande, les menstruations se maintiennent et les crises boulimiques se présentent moins de deux fois par semaine. Les troubles atypiques

peuvent être des phases de début ou des formes moins importantes d'anorexie et de boulimie (Pomerleau et al., 2001).

### Les compulsions alimentaires

Les compulsions alimentaires, pour leur part, se présentent comme les épisodes boulimiques, mais ne sont pas accompagnées de comportements compensatoires. Les personnes atteintes d'hyperphagie (compulsions alimentaires) sont préoccupées par l'excès de poids, mais elles ne visent pas un poids inférieur à la normale. Les crises apparaissent souvent suite au début d'un régime amaigrissant, puisque la restriction est un facteur précipitant. Les crises peuvent aussi être déclenchées par des sentiments de tristesse, d'ennui ou de l'anxiété (Pomerleau et al., 2001).

### Les causes des troubles des conduites alimentaires

Selon Bilodeau (2000), les causes exactes de l'anorexie sont encore inconnues à ce jour. Selon certains chercheurs, c'est un trouble physique causé par une déficience d'une substance chimique ou un dérangement hypothalamique serait en cause. D'autres chercheurs croient qu'il s'agit plutôt d'un trouble psychologique relié à un état dépressif, à la peur de vieillir ou à une atmosphère familiale malsaine. D'autres encore pensent que ce serait une réaction sociologique d'un individu vulnérable à une pression sociale prônant la minceur. Bref, d'un auteur à l'autre, les causes de l'apparition d'un trouble alimentaire peuvent varier considérablement (Bilodeau, 2000).

Pomerleau et ses collaboratrices (2001) proposent, quant à eux, des hypothèses causales lorsqu'on parle de troubles alimentaires. Ces hypothèses peuvent être d'ordre biologique (prédispositions génétiques, mécanismes neuroendocriniens, déficit en neurotransmetteurs), psychologique (tempérament, sentiment d'inefficacité, crise d'identité, peur de la maturité, pensées automatiques négatives), familiale (surprotection, liens familiaux très serrés, absence de résolution de conflits, abus sexuels) et pour terminer, des causes sociales (critères de beauté, rôle de la femme, préjugés contre l'obésité).

D'après Pépin, Boulard et Bergeron (2004), plusieurs facteurs peuvent être considérés comme des causes qui ne sont pas nécessairement toutes présentes ou qui le sont avec une intensité variable. Selon eux, certains facteurs prédisposants, soit individuels, familiaux, culturels ou biologiques, interagissent avec des facteurs précipitants. Ces facteurs précipitants peuvent être l'insatisfaction, des pertes ou des séparations, des demandes accrues de l'environnement, des échecs, des abus et autres. Le trouble va se maintenir si les facteurs perpétuants, comme les déséquilibres alimentaires, les changements physiques, émotionnels ou psychologiques ainsi que les diètes et les activités, sont présents (Pépin et al., 2004).

La SCRASSC (2002) a présenté différents facteurs de risque reliés aux troubles alimentaires. Par exemple, le fait d'être une femme, celui d'être une adolescente préoccupée par son poids, d'avoir une vulnérabilité psychologique, une faible estime de

soi, une difficulté à assumer ses transformations corporelles et psychologiques, un sentiment d'inefficacité au regard de la capacité à gérer les relations et sa vie personnelle, de recevoir des messages ambivalents de ses proches concernant l'apparence du corps, d'avoir de la difficulté à se différencier de sa famille, de la difficulté à faire face aux tensions et pour terminer, d'être victime de violence physique et d'abus sexuels.

Certains facteurs de risque sont également à considérer lorsqu'on parle de boulimie. Ces facteurs se divisent en trois catégories : les facteurs culturels, familiaux et individuels. La pression sociale qu'exerce notre culture sur les femmes semble influencer les comportements alimentaires abusifs. Bien qu'il soit difficile d'évaluer l'impact de la société, on remarque que les pathologies alimentaires sont plus fréquentes dans certains milieux professionnels où le corps est au centre de l'activité (danseurs, mannequins, sportifs, etc.). Les facteurs familiaux tels que des antécédents familiaux de problèmes psychiatriques augmentent la probabilité de souffrir de boulimie. Des auteurs croient aussi que le fonctionnement familial ou le type de relation et la relation parents-enfant peuvent aussi influencer les troubles alimentaires. Pour terminer, certains facteurs individuels sont à considérer. En effet, les troubles de la personnalité, les facteurs psychologiques ou psychopathologiques et des facteurs métaboliques peuvent influencer l'apparition d'un trouble alimentaire (Flament et al., 2002).

### Prévention et dépistage

Selon Pépin, Boulard et Bergeron (2004), l'idéal provenant des médias et véhiculé par la société (pairs, familles, etc.) valorise la minceur. Il est donc primordial de promouvoir la santé plutôt que la minceur, de démystifier les messages des médias, de porter une attention particulière aux idées erronées concernant l'obésité et de respecter les différences morphologiques (Pépin et al., 2004).

D'après ces mêmes auteurs, la prévention des troubles alimentaires ne semble pas très efficace. Cependant, ces auteurs croient qu'il serait bien d'implanter des programmes visant le changement des connaissances et des comportements. Ces programmes pourraient traiter de l'obsession de la minceur et de l'estime de soi puisque ce sont des facteurs de risque. Le dépistage quant à lui est important lorsqu'on parle de trouble des conduites alimentaires (Pépin et al., 2004).

Mis à part la prévention et le dépistage, certains types d'interventions peuvent être mis en place lorsqu'on parle de troubles alimentaires. Par exemple, Pépin, Boulard, et Bergeron (2004) décrivent différentes approches utilisées lorsqu'on traite les troubles alimentaires. Certaines s'utilisent de manière individuelle, comme les approches comportementales, psychoéducatives, cognitives, psychothérapeutiques et la médication; quant à d'autres approches, elles impliquent davantage l'entourage (Pépin et al., 2004).

### Relation avec l'entourage

Comme nous l'avons vu, différents types d'interventions individuelles peuvent aider une personne atteinte d'un trouble alimentaire. Cependant, des interventions touchant le réseau peuvent aussi être utilisées. Certaines vont concerner la famille et d'autres les groupes de pairs (Pépin et al., 2004).

Selon Garner (1980), les anorexiques auraient de la difficulté dans leurs relations sociales. Elles se sentent souvent inférieures aux autres, incapables, insignifiantes, et elles sont très influençables. Elles ont donc de la difficulté à s'intégrer aux groupes de pairs et elles se sentent incapables de se détacher du milieu familial pour affronter la période de l'adolescence.

Dans le même ordre d'idées, selon la Société canadienne de psychiatrie (1998), il est nécessaire de travailler en équipe multidisciplinaire pour obtenir des services complets afin de traiter les troubles alimentaires. Cette équipe doit travailler avec la personne malade ainsi qu'avec son entourage. Dépendamment des auteurs, certains parlent d'entourage ou de proches et d'autres sont plus spécifiques en ciblant, par exemple, la famille ou les pairs.

Pauzé (2001) propose à ses clientes anorexiques qui ont des difficultés dans leur insertion sociale de faire une rencontre avec leurs amies proches. Cette rencontre permet d'informer les pairs des difficultés qu'elles vivent au plan social et aussi de trouver des

solutions pour contrer ces difficultés. Il remarque plusieurs effets à la suite de ces rencontres. Tout d'abord, les anorexiques rapporteraient se sentir soulagées d'avoir pu parler de leurs malaises à leurs amies. Quant à ces dernières, elles se sentent davantage autorisées à avoir des contacts avec leurs amies atteintes d'anorexie. Le téléphone recommence donc à sonner à la maison et les invitations pour sortir réapparaissent. De plus, l'anorexique sent que ses amies ont plus de considération pour elle, ce qui la rassure. Bref, l'anorexique reprend vie petit à petit (Pauzé & Charbouillot-Mangin, 2001).

D'après Pépin, Boulard et Bergeron (2004), les troubles alimentaires sont souvent perçus comme des caprices. Certaines personnes qui parlent des anorexiques disent qu'il suffit de manger. D'autres vont dire d'une personne qui a des crises de boulimie, qu'elle n'a qu'à se contrôler et à manger moins. Par contre, ce qui se passe face à la nourriture n'est qu'un symptôme d'un problème très important : celui de l'identité. La personne atteinte d'un trouble alimentaire a de la difficulté à se voir comme une personne à part entière. Puisque cette dernière a de la difficulté à construire sa propre identité, elle va tenter de répondre aux attentes des autres et à devenir ce qu'elle croit que les autres attendent d'elle. Il se peut que la personne choisisse des comportements et des attitudes afin de plaire aux autres. Les attentes de l'entourage peuvent être réelles ou plutôt mal interprétées (Pépin et al., 2004).



Les filles atteintes d'anorexie dépendent souvent du jugement des autres; elles veulent plaire sans déranger personne. Ces filles n'ont pas confiance en elles, elles sont constamment insatisfaites d'elles-mêmes et ont de la difficulté à s'affirmer. L'anorexique s'identifie aux autres, et non à elle-même. Elle a donc de la difficulté à se différencier de sa famille ou des autres. De plus, la fille atteinte d'anorexie a généralement de la difficulté à exprimer ses sentiments. La privation de nourriture est donc pour elle un exutoire, une façon d'agir sans que l'entourage ne puisse intervenir (Pépin et al., 2004).

Selon Doyen et Cook-Darzens (2004), l'anorexique évoque chez ses camarades un mélange d'incompréhension, d'angoisse et d'envie. Cela peut parfois engendrer des réactions de rejet de la part de ces derniers. De plus, la fille atteinte d'anorexie n'est pas bien dans sa peau, elle s'isole facilement et elle réagit de façon exagérée face à certaines situations.

L'importance de travailler auprès des proches d'une personne atteinte d'un trouble alimentaire ressort de plusieurs études. Une étude faite en 2006 par Brown et Geller, montre que les femmes disent avoir une attitude collaborative envers un proche qui serait atteint d'un trouble alimentaire. Par contre, l'intention et la réalité sont parfois différentes puisque les mises en situation proposées dans l'étude ont démontrées que la majorité de ces personnes utiliserait un support contrôlant envers un proche atteint d'un trouble alimentaire. Selon ces auteurs, il est important d'approfondir les connaissances

concernant les approches aidantes envers une personne atteinte d'un trouble alimentaire afin d'outiller les pairs et les membres de la famille pour qu'ils affrontent les obstacles de manière efficace et que leur support soit aidant (Brown & Geller, 2006).

Une étude portant sur les croyances a été réalisée en 2005, auprès d'adolescentes dont la moyenne d'âge est de 15 ans. Selon cette étude, les filles croient qu'être mince augmente la popularité et l'acceptation des autres. Les filles qui croient que la minceur augmente les relations d'amitié gars-fille sont plus susceptibles d'être à la diète et d'être concernées par leur poids. Quant aux filles plus enrobées, elles croient que devenir plus mince pourrait augmenter leurs relations d'amitié (Gerner & Wilson, 2005).

Les recherches précédentes démontrent l'importance d'étudier la relation entre les pairs et les troubles alimentaires chez les adolescentes. Or, d'autres auteurs ont démontré qu'il était tout aussi important d'effectuer des recherches concernant ce même sujet, mais au début de l'âge adulte. D'ailleurs, la boulimie apparaît souvent à la fin de l'adolescence (American Psychiatric Association, 1994).

### Perception du soutien social

Tiller, Sloane, Schmodt, Troop, Power et Treasure (1997) affirment que les femmes ayant un trouble alimentaire disent avoir un faible soutien social. Ghaderi et Scott (2000) ajoutent que les femmes atteintes d'un trouble des conduites alimentaires ont de la difficulté à chercher du soutien social. D'autres études font état de nuances

entre les femmes atteintes de boulimie et celles qui sont anorexiques dans leur perception du soutien social. Dans le même ordre d'idées, Grissett et Norvell (1992) démontrent que les femmes atteintes de boulimie perçoivent moins le soutien venant de leur environnement comparativement aux femmes qui n'ont pas de trouble alimentaire. Ces femmes atteintes de boulimie affirment que la qualité de leurs interactions est plus faible. Elles ont donc plus de conflits comparativement aux femmes n'ayant pas de trouble des conduites alimentaires. L'étude de Tiller et al. (1997) montre aussi que les femmes atteintes de boulimie disent être insatisfaites du soutien qu'elles reçoivent. De plus, certaines études montrent que le taux de boulimie au collège est particulièrement élevé. Lorsque les adolescents quittent la maison familiale pour aller au collège, ils acquièrent plus d'indépendance face à leurs parents. Ainsi, les pairs deviennent un important groupe de référence (Nickerson & Nagle, 2005). De plus, puisque les étudiants vivent maintenant ensemble, l'influence des pairs peut augmenter de manière très importante (Zalta & Keel, 2006). Finalement, les femmes atteintes de boulimie se sentent plus inconfortables et moins compétentes dans plusieurs situations sociales. Les femmes anorexiques, pour leur part, disent être satisfaites du soutien qu'elles reçoivent. De plus, les femmes atteintes d'un trouble alimentaire ont un réseau social plus petit que les femmes n'ayant pas de trouble des conduites alimentaires. Pour terminer, les femmes atteintes d'anorexie étaient moins susceptibles d'avoir un conjoint soutenant que les femmes boulimiques.

### Similitudes dans le pairage

Il existe peu de recherches concernant les pairs en lien avec la préoccupation de l'image corporelle et des régimes amaigrissants (Heaven, 1994). Cependant, l'étude de Pike (1995) concerne précisément ce sujet. Cette dernière démontre qu'il y a une corrélation entre les symptômes des filles boulimiques et ceux de leurs amies. Cette corrélation se voit dans les groupes de 9<sup>e</sup> et de 10<sup>e</sup> année, mais n'est cependant pas présente chez les groupes de 11<sup>e</sup> et de 12<sup>e</sup> année. L'étude suggère donc que la similarité existe, mais seulement pendant certaines périodes de la vie.

Au début de l'adolescence, les jeunes filles sont souvent encouragées à faire des diètes par leurs pairs (Paxton et al., 1991). Paxton, Schutz, Wertheim et Muir (1999) ont également démontré que les filles faisant partie de la même clique ont le même niveau d'inquiétude face à l'image du corps et ont la même attitude par rapport à la diète et à l'utilisation de comportements amaigrissants extrêmes. De plus, les groupes de filles portant plus d'attention à l'image du corps et aux comportements amaigrissants parlent plus souvent de perte de poids et de diète. Ces filles comparent plus leur corps entre elles et elles disent se faire plus taquiner par leurs amies concernant leur poids et leurs formes. Ensuite, elles disent que l'avis de leurs copines peut influencer leur décision de faire une diète. Elles trouvent aussi que leurs amies sont préoccupées par la diète et la perte de poids (Paxton et al., 1999). Bref, les résultats permettent de conclure que le groupe de pairs a un impact sur les préoccupations de poids (Griffiths & McCabe, 2000).

Dans l'étude de Zalta et Keel parue en 2006, les résultats ont montré que les collégiennes et les collégiens étant amis, démontraient des symptômes de boulimie similaires. De plus, la similarité des symptômes dépendaient de la durée des contacts entre les pairs. Cette étude a aussi montré que les pairs ont des résultats similaires aux tests concernant l'estime de soi et le perfectionnisme.

Une autre étude publiée en 2007 porte une attention particulière sur les relations des collégiennes en lien avec les troubles alimentaires. En effet, Basow, Foran et Bookwala (2007) montrent que les collégiennes vivant dans une même résidence avaient plus de risques de développer un trouble alimentaire. De plus, les femmes présentant des facteurs de risque propices au développement d'un trouble alimentaire décrit par un haut niveau de préoccupations corporelles, des caractéristiques des troubles alimentaires, une quête de la minceur, la boulimie, une insatisfaction de son corps et une forte perception de la pression sociale sont plus attirées vers les résidences du collège comparativement aux autres femmes qui vivaient dans des lieux différents. Les auteurs de cette étude affirment, d'une part, que lorsque les collégiennes vivent dans la même maison, un effet de contagion sociale se produit et ce, surtout pour les femmes à risque. D'autre part, ils affirment qu'il est important de mettre en place des programmes d'intervention à la première année du collège pour aider les femmes à résister à la pression liée aux préoccupations corporelles et aux troubles alimentaires (Basow et al., 2007).

Les derniers paragraphes ont montré comment les personnes atteintes d'un trouble alimentaire percevaient leur soutien social ainsi que la similitude dans le pairage. Les paragraphes suivant porteront plutôt sur le rôle que les pairs peuvent jouer auprès de leurs proches.

### Le soutien par les pairs

Les proches d'une personne atteinte peuvent vivre de l'incompréhension, de l'impuissance ainsi que de la frustration. Les sites de l'Association québécoise d'aide aux personnes souffrant d'anorexie nerveuse et de boulimie et la Fondation des maladies mentales présentent des propositions pour venir en aide à la personne atteinte et aussi à ses proches.

La Fondation des maladies mentales présentent sur Internet différentes suggestions à faire si quelqu'un pense qu'une personne de son entourage souffre d'anorexie ou de boulimie. Par exemple, vous pouvez dire à cette personne que son état de santé vous inquiète et que vous voulez l'aider; vous pouvez aussi l'encourager à consulter un professionnel. De plus, ce site mentionne qu'il faut éviter de la forcer à manger et ne pas chercher à l'amadouer avec ses plats préférés ou des aliments riches en calories. La Fondation des maladies mentales suggère aussi de rappeler à la personne qu'elle n'est pas seule et cette fondation propose aussi aux proches de se chercher un groupe de soutien et de lire sur le sujet. Pour terminer, le site suggère d'éviter les conversations portant sur la nourriture et le poids.

Le site de l'Association québécoise d'aide aux personnes souffrant d'anorexie nerveuse et de boulimie conseille les gens pour qu'ils puissent venir en aide à une personne atteinte et à ses proches. Les proches d'une personne atteinte peuvent vivre de l'incompréhension, de l'impuissance ainsi que de la frustration. Ces personnes ne savent pas toujours quoi dire et comment agir auprès de la personne atteinte. Le site Internet donne certains conseils pour ces personnes. Il propose aux gens d'aller chercher de l'aide, s'ils croient que la santé d'un proche est dangereusement menacée. Le site propose aussi aux gens d'éviter d'inciter la personne à manger et de lui donner des récompenses si elle mange. Il suggère de recueillir de l'information sur les différentes ressources disponibles comme les groupes de soutien et de ne pas jouer au thérapeute. Il est aussi écrit sur ce site qu'il faut éviter de blâmer la personne, même si les gens peuvent ressentir de la colère, de l'impuissance, de la culpabilité ou de la frustration. Enfin, il suggère aux personnes de se questionner sur leurs propres attitudes face aux questions de poids ou de l'image du corps.

Un document a aussi été fait afin d'aider les professionnels et les enseignants lorsqu'ils doivent intervenir auprès d'une élève. Ce document leur propose de ne pas fermer les yeux et d'exprimer leurs craintes et leurs inquiétudes face à son état en parlant au « je ». Par exemple, « j'ai remarqué que tu fais beaucoup d'exercice, que tu évites de manger avec moi, que tu t'isoles des autres, que tu as des sautes d'humeur fréquentes, etc. ». On conseille d'encourager l'élève à exprimer ce qu'elle ressent (SCRASSC, 2002).

## Hypothèses

La première partie de cette recherche est à caractère descriptif. Elle servira donc à faire ressortir différentes caractéristiques d'un phénomène de manière à avoir un aperçu de la population ciblée. En effet, son but est de dresser un portrait des connaissances et des attitudes des étudiantes et des étudiants de différents collèges envers les troubles alimentaires. La seconde partie sera comparative. Elle comparera des groupes selon les données sociodémographiques. Par exemple, les réponses des garçons par rapport à celles des filles. Elle comparera aussi les réponses des personnes venant d'un collège face à un autre pour vérifier s'il existe des différences. La même chose se fera afin de voir s'il y a des différences entre les réponses des personnes venant des collèges semi-urbains face à celles du collège urbain. Elle comparera ensuite les réponses des répondants pour déterminer (ou vérifier) si l'âge influence celles-ci. Pour terminer, la troisième partie, soit la partie descriptive corrélationnelle, comparera les réponses afin de voir si plus une personne connaît la problématique, plus elle aura une attitude favorable face à une personne atteinte. De plus, nous voulons voir si plus une personne connaît quelqu'un qui a des symptômes d'un trouble alimentaire, meilleure sera son attitude face à cette dernière.

Dans une perspective plus positiviste, les événements étant déterminés par le vécu antérieur, la posture de la chercheuse soutient que les expériences vécues par les répondants sont susceptibles d'avoir un impact mesurable sur leurs réponses. Ceci implique aussi qu'un assez faible pourcentage d'étudiants est directement touché par les



troubles alimentaires; par conséquent, ils en savent peu concernant les troubles alimentaires, et ce, que ce soit en termes de connaissances sur la problématique ou d'attitude à avoir face à une fille atteinte d'un trouble alimentaire. À l'aide de cette cueillette d'informations, différentes hypothèses spécifiques pourront être validées ou non. Les hypothèses spécifiques sont les suivantes :

- Les filles ont une meilleure connaissance des troubles alimentaires que les garçons;
- Il existe des différences entre les réponses des personnes venant d'un collège par rapport à un autre;
- Il existe une différence entre les réponses dépendamment de l'âge du répondant.
- Une personne qui connaît quelqu'un qui a des symptômes d'un trouble alimentaire, a une bonne connaissance de la problématique et une attitude favorable face à cette dernière;
- Une personne qui a une connaissance élevée de la problématique, a une attitude favorable face à une personne atteinte.

## *Méthode*

## Participants

La distribution de questionnaires a été effectuée auprès d'étudiants provenant de trois collèges de la Mauricie. La passation s'est effectuée dans des classes de cours obligatoires (philosophie et éducation physique) afin de rejoindre des répondants étudiant dans différents domaines et de sexes différents. L'échantillon comprend 453 étudiants, dont 310 de sexe féminin et 143 de sexe masculin. Ils sont tous âgés de 18 ans et plus. Les étudiants étaient sollicités sur une base volontaire et aucun d'eux n'a abandonné en cours de route. Il y a 185 personnes qui avaient 18 ans, 151 avaient 19 ans, 50 avaient 20 ans et 43 entre 21 et 48 ans. Il y a 24 données manquantes, certaines personnes ayant oublié d'inscrire leur date de naissance sur la feuille des données nominatives. La moyenne d'âge est de 19 ans. De plus, 412 personnes en sont à leur première inscription au collège, alors que 27 en sont à leur deuxième. Il y a 14 données manquantes, certaines personnes avaient oublié d'inscrire si elles en étaient à leur première inscription dans un collège ou non. Pour terminer, 197 personnes venaient du 1<sup>er</sup> collège situé dans une région semi-urbaine, 163 venaient du 2<sup>ième</sup> collège situé dans une région urbaine et 93 venaient du 3<sup>ième</sup> collège situé dans une région semi-urbaine. Par souci de confidentialité, le nom des collèges ne sera pas mentionné.

### Instrument de mesure

Étant donné qu'aucun questionnaire existant ne permet de répondre précisément aux thèmes que nous souhaitions aborder, nous avons élaboré un outil original. Rappelons que l'objectif de la démarche consiste à sonder les connaissances et les attitudes des étudiants à l'endroit des troubles alimentaires. Les questions pertinentes ont été élaborées à la suite d'un bilan aussi exhaustif que possible des écrits scientifiques et cliniques touchant ces thèmes. À partir de cette lecture, un peu plus d'une centaine de questions ont ainsi été formulées. Elles sont donc toutes reliées à une référence scientifique. Ces questions ont ensuite fait l'objet d'une validation de contenu réalisée par une chercheuse spécialiste dans ce domaine et ce, en fonction de la problématique et des thèmes abordés. Certaines questions ont donc été reformulées et d'autres, tout simplement éliminées. L'outil a ensuite fait l'objet d'un prétest.

### Prétest

Une passation du questionnaire a été réalisée auprès de 48 étudiants dont 40 femmes et 8 hommes de l'Université du Québec à Trois-Rivières afin d'en valider le construit en examinant la pertinence et la facilité de compréhension des thèmes abordés. La moyenne d'âge des répondants au prétest est de 25 ans. La cueillette s'est déroulée les 22 et 23 octobre 2008. Suite aux commentaires émis, une seule question a été supprimée, en raison de l'ambiguïté qu'elle suscitait. Effectivement, certains étudiants ne comprenaient pas les termes « désordres biologiques ». Il restait donc 100 questions. La consistance interne de l'instrument a ensuite été établie : l'alpha de Cronbach affiche

une valeur de 0,88 (la valeur peut varier de 0,00 à 1,00; plus elle est élevée, plus elle indique une grande consistance interne). La consistance interne est très satisfaisante. Pour terminer, des corrélations inter-item ont été faites afin de vérifier les questions inverses. Aucune autre question n'a dû être enlevée.

Suite au prétest, il a aussi été convenu que cinq questions nominatives seraient posées aux étudiants des collèges (voir Appendice C). Une feuille contenant ces questions a donc été ajoutée à la suite du formulaire de consentement. Cette feuille permet de connaître la date de passation, le sexe de l'étudiant, sa date de naissance, les mois et les années de leur entrée au collège et pour terminer, pour les cas de retour aux études, les mois et les années de leur première inscription.

#### Instrument de mesure retenu lors de la passation

Suite au prétest, il restait donc cent questions au questionnaire (voir Appendice A). Ces questions ont ensuite été regroupées sous trois différents thèmes : les connaissances, les attitudes et sentiments, les connaissances dans le réseau. Ces thèmes contenaient parfois des sous-thèmes. Six sous-thèmes composent le thème « connaissances ». Le sous-thème « facteurs de risque » comprend 17 questions. Le sous-thème « conséquences » est composé de 5 questions. Le sous-thème « caractéristiques des troubles alimentaires » a 8 questions. Quant au sous-thème « caractéristiques des filles atteintes », comprend 14 questions. Les sous-thèmes « traitements » et «

comportements des filles atteintes », comprennent respectivement 4 et 9 questions (voir Tableau 1).

Tableau 1  
Sous-thèmes et nombre de questions en lien avec les connaissances

<u>Sous-thèmes</u>	<u>Nombre de questions</u>
Facteurs de risque	17
Conséquences	5
Caractéristiques des troubles alimentaires	8
Caractéristiques des filles atteintes	14
Traitements	4
Comportements des filles atteintes	9

En somme, ce thème permettait de voir ce que les gens connaissaient des troubles alimentaires.

Le deuxième thème était : les attitudes et les sentiments. Ce thème permet de voir ce qu'une personne ferait si elle avait une amie atteinte d'un trouble alimentaire et de voir quelles sont ses attitudes face aux perceptions du corps. Il permettait aussi de voir quels seraient les sentiments vécus par les gens s'ils connaissaient une personne atteinte d'un trouble alimentaire. Les quatre sous-thèmes sont donc « les attitudes collaboratives », qui comprend 9 questions, « les attitudes de contrôle », qui en comprend 6, « les attitudes face aux perceptions du corps » comprend 4 questions et pour terminer, comprenant 9 questions, « les sentiments vécus par l'entourage » (voir Tableau 2).

Tableau 2  
Sous-thèmes et nombres de questions en lien avec les attitudes et les sentiments

<u>Sous-thèmes</u>	<u>Nombre de questions</u>
Les attitudes collaboratives	9
Les attitudes de contrôle	6
Les attitudes face aux perceptions du corps	4
Les sentiments vécus par l'entourage	9

Le dernier thème était : les connaissances dans le réseau. Ce thème permet de voir si une personne connaît quelqu'un qui a des comportements reliés aux troubles alimentaires. Ce thème contient 15 questions.

Sur les cent questions, 14 ont été inversées afin d'assurer une partie de la validité interne. De plus, les questions étaient présentées dans le désordre (elles n'étaient pas classées par thèmes et sous-thèmes).

#### Recodification et regroupement des données

Les variables ont dû être recodées. En effet, en ce qui concerne les questions portant sur les connaissances (facteurs de risque, conséquences, caractéristiques des troubles alimentaires, caractéristiques des filles atteintes, traitements et comportements), les données ont été modifiées afin de voir si les gens connaissaient la problématique. Les bonnes réponses rapportées dans la littérature portaient la valeur 1, quant aux mauvaises, elles portaient la valeur 0. Les énoncés ayant été répondus par « je ne sais pas » ou « pas

de réponse » portaient aussi la valeur 0. En ce qui concerne les attitudes collaboratives, les attitudes de contrôle et les attitudes face aux perceptions du corps, elles ont été recodées comme les connaissances. Une attitude favorable portait la valeur 1 et une attitude défavorable portait la valeur 0. Encore une fois, les énoncés ayant été répondus par « je ne sais pas » ou « pas de réponse » portaient aussi la valeur 0. Ensuite, dans le sous-thème « sentiment », la valeur 1 était accordée quand la personne disait qu'elle ressentirait les sentiments énoncés (par exemple : « Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je me sentirais incompris(e) »). La valeur 0 était donc accordée aux personnes qui disent qu'elles ne ressentiraient pas ce sentiment ou aux personnes ayant répondu par « je ne sais pas » ou par « pas de réponse ». Pour terminer, dans le dernier thème, soit celui où l'on demande si une personne connaît quelqu'un qui a les comportements présentés (exemple : « Je connais quelqu'un qui se fait régulièrement vomir »), la valeur 1 était accordée quand une personne répondait « vrai » à l'énoncé. Quant à la valeur 0, elle était accordée quand une personne répondait « faux », « je ne sais pas » ou « pas de réponse ».

Différents scores ont été obtenus en compilant les données pour chaque variable. De nouvelles variables ont aussi été créées. Par exemple, une variable appelée « traitement » a été construite et elle comprenait toutes les questions liées au traitement. La même chose a été faite avec chaque sous-thème (facteurs de risque, conséquences, caractéristiques des troubles alimentaires, caractéristiques des filles atteintes d'un trouble alimentaire, comportements, attitudes collaboratives, attitudes de contrôle,



attitudes face aux perceptions du corps, sentiments et connaissances dans le réseau). Par la suite, chaque sous-thème portant sur les « connaissances » ont été additionnés pour former une nouvelle variable appelée « newconnaissances ». Les attitudes de collaboration, de contrôle et de perceptions face au corps ont aussi été additionnées pour former la variable nommée « attitudes ».

### Passation des questionnaires

Deux formulaires de consentement ont été construits. En effet, il a fallu rédiger un document pour les étudiants de l'UQTR afin qu'ils consentent au prétest (voir Appendice B) et un pour que les étudiants des collèges (voir Appendice C). De plus, une liste de ressources d'aide a été élaborée afin que chaque étudiant ayant répondu au questionnaire puisse la consulter si le besoin s'en faisait sentir (voir Appendice D).

Pour terminer, des lettres de consentement à la passation des questionnaires ont été acheminées dans cinq collèges de la Mauricie (voir Appendice E). Ces lettres étaient adressées aux directeurs des études des différents collèges. Trois directeurs sur cinq ont signé la feuille afin de rendre la recherche possible.

Suite à l'obtention du certificat éthique portant le numéro CRE-08-137-0608 émis le 13 août 2008, nous avons contacté les directeurs aux études des différents collèges. Trois directeurs ont répondu de façon positive à la demande de cueillette d'informations dans leur établissement. Ces derniers devaient signer le formulaire

d'autorisation pour la passation des questionnaires. Cette feuille nous était donc ensuite remise par courriel ou par la poste. Les trois directeurs nous ont mis en communication avec des coordonnateurs de département. Des dates de passation ont donc été convenues avec les coordonnateurs des départements de philosophie et d'éducation physique. La passation s'est déroulée entre le 18 novembre 2008 et le 7 mai 2009.

Lors de la passation des questionnaires dans les classes, la chercheuse présentait les trois documents, c'est-à-dire le formulaire de consentement, le questionnaire et la feuille de ressources d'aide. Les étudiants étaient avisés que le questionnaire prenait plus ou moins 15 minutes à compléter. Après avoir rempli le questionnaire, les étudiants gardaient la feuille de ressources d'aide. Tous les questionnaires allaient directement dans une boîte afin que personne ne soit en mesure d'associer les répondants et les réponses.

## *Résultats*

Nous aborderons cette section par une description de l'échantillon. Puis, en second lieu, nous détaillerons les procédures de recodification utilisées. Nous présenterons, finalement, les résultats obtenus.

### Présentation des résultats

#### *Fréquences*

En premier lieu, grâce à des analyses de fréquences, les résultats ont permis de montrer que les étudiants ont une connaissance plus ou moins bonne de la problématique. Les réponses aux sous-thèmes « les connaissances des facteurs de risque », « les connaissances des traitements », « les connaissances des conséquences », « les connaissances des caractéristiques des troubles alimentaires », « les connaissances des caractéristiques des filles atteintes d'un trouble alimentaire » et « les connaissances des comportements » le confirment. Examinons ces questions de plus près.

En ce qui concerne le sous-thème « les connaissances des facteurs de risque », on remarque que les étudiants ayant répondu au questionnaire trouvent que les troubles alimentaires sont influencés par ce que l'on voit dans les médias. En effet, plusieurs (97 %) trouvent que les images des mannequins dans les magazines influencent les filles à devenir minces (voir question 34, Tableau 3). Il en est de même pour les facteurs culturels (question 67, Tableau 3) comme ceux qui sont véhiculés dans les médias (92

%). De plus, 91 % des répondants trouvent que les vedettes présentent trop souvent la maigreur extrême comme idéale (question 69, Tableau 3). Il y a deux questions dans ce sous-thème auxquelles les participants ont mal répondu. La question 3 démontre que seulement 32 % des répondants croient que les sportives ont plus de chances d'être atteintes d'un trouble alimentaire. Quant à la question 38, il n'y a que 27 % des répondants qui croient que la boulimie commence souvent après avoir fait un régime. Pour terminer, les autres questions de ce sous-thème ont été répondues avec au moins 45 % de bonnes réponses.

Tableau 3  
Pourcentage de bonnes réponses concernant les facteurs de risque

<u>Numéros et énoncés</u>	<u>Pourcentage de bonnes réponses (N total de réponses)</u>
1 « Je crois que les troubles alimentaires peuvent être en lien avec le milieu familial. »	86% (452)
3 « Je crois que les sportives comme les danseuses ou les gymnastes ont plus de chances d'être atteintes d'un trouble alimentaire. »	32% (449)
4 « Je crois que pour plusieurs femmes, la maigreur extrême est perçue comme une image de beauté extrême inatteignable. »	64% (446)
5 « Je ne crois pas qu'une agression sexuelle dans le passé peut favoriser l'émergence d'un trouble alimentaire. »	58% (449)
34 « Je crois que les mannequins dans les magazines peuvent influencer les filles à vouloir devenir minces.»	97% (453)
35 « Je crois qu'un nombre élevé de conflits durant l'heure du repas peut favoriser l'émergence d'un trouble alimentaire. »	45% (445)
36 « Je ne crois pas que les troubles alimentaires peuvent être en lien avec le milieu familial. »	83% (339)
37 « Je ne crois pas que les crises de boulimie peuvent être déclenchées par de la tension interpersonnelle. »	69% (449)
38 « Je crois que la boulimie commence souvent après avoir fait un régime alimentaire. »	27% (447)
39 « Je crois que les messages ambivalents des proches face à l'apparence du corps en changement peuvent favoriser l'émergence d'un trouble alimentaire. »	86% (449)
67 « Je crois que les facteurs culturels comme les messages véhiculés par les médias peuvent favoriser l'émergence des troubles alimentaires. »	92% (452)
68 « Je crois que l'apparence corporelle concernant le poids est déterminante sur l'estime de soi. »	79% (449)
69 « Je trouve que les vedettes présentent trop souvent la maigreur extrême comme un idéal. »	91% (452)
70 « Je crois que les filles atteintes d'un trouble alimentaire ont de la difficulté à faire face aux tensions.»	73% (449)

99 « Je crois que les crises de boulimie peuvent être déclenchées par des tensions interpersonnelles. »	70% (451)
100 « Je ne trouve pas que les vedettes présentent trop souvent la maigreur extrême comme un idéal. »	86% (452)

En ce qui concerne le sous thème « les connaissances des traitements », les répondants ont eu de très bonnes réponses (voir Tableau 4). Effectivement, les pourcentages de bonnes réponses sont de 83 % et plus, sauf pour la question 50, qui a été réussie à 66 %.

Tableau 4

Pourcentage de bonnes réponses concernant les connaissances des traitements

<u>Numéros et énoncés</u>	<u>Pourcentage de bonnes réponses (N total de réponses)</u>
15 « Je pense que le réseau social d'une personne atteinte d'un trouble alimentaire peut l'aider. »	91% (448)
49 « Je crois que le seul moyen pour traiter les troubles alimentaires c'est avec des médicaments. »	89% (453)
50 « Je crois que les filles anorexiques décident généralement d'aller consulter quand elles prennent conscience de leur maigreur. »	66% (453)
80 « Je ne pense pas que le réseau social peut aider une personne avec un trouble alimentaire. »	83% (452)

En troisième lieu, pour le sous-thème « les connaissances des conséquences », les répondants ont 96 % et plus de bonnes réponses quatre questions sur cinq (voir Tableau 5). La question où il y a eu de moins bonnes réponses est l'énoncé 41; 75 % des répondants croient que les filles anorexiques ont parfois l'absence de cycles menstruels.

Tableau 5

Pourcentage de bonnes réponses concernant les conséquences des troubles alimentaires

<u>Numéros et énoncés</u>	<u>Pourcentage de bonnes réponses (N total de réponses)</u>
6 « Je ne crois pas qu'une personne peut mourir d'un trouble alimentaire. »	96% (448)
40 « Je crois que c'est dangereux d'avoir un trouble alimentaire. »	98% (451)
41 « Les filles anorexiques ont parfois l'absence de cycles menstruels. »	75% (451)
71 « Je crois qu'une personne peut mourir d'un trouble alimentaire. »	96% (452)
72 « Je crois que les filles atteintes d'un trouble alimentaire peuvent avoir plusieurs conséquences physiques néfastes. »	98% (452)

En ce qui a trait au quatrième sous-thème, « les connaissances des caractéristiques des troubles alimentaires », quatre questions sur huit ont été très bien répondues (voir Tableau 6). Effectivement, les pourcentages de bonnes réponses à ces questions sont de 83 % et plus. La question ayant le plus grand pourcentage démontre que 98 % des répondants croient qu'il n'y a pas que les femmes qui peuvent être atteintes d'un trouble alimentaire. Quant aux quatre autres questions, elles ont été répondues avec un pourcentage de bonnes réponses se situant entre 21 et 60 %. La question la moins bien répondue est la question 73 : 79 % des répondants croient que l'anorexie est plus fréquente que la boulimie, ce qui est faux. Donc, seulement 21 % ont eu la bonne réponse.



Tableau 6

Pourcentage de bonnes réponses concernant les caractéristiques des troubles alimentaires

<u>Numéros et énoncés</u>	<u>Pourcentage de bonnes réponses (N total de réponses)</u>
7 « Je crois que seulement les femmes peuvent être atteintes d'un trouble alimentaire. »	98% (451)
8 « Je crois que l'anorexie et la boulimie sont les seuls troubles alimentaires existants. »	84% (453)
9 « Je crois que l'anorexie se développe généralement à l'âge adulte. »	94% (452)
42 « Je ne crois pas que les troubles alimentaires sont de nouvelles maladies. »	60% (450)
43 « Je connais la différence entre l'anorexie et la boulimie. »	83% (448)
44 « Je crois que près de 1 % des filles sont atteintes d'anorexie. »	25% (448)
73 « Je crois que l'anorexie est plus fréquente que la boulimie. »	21% (451)
74 « Je crois que l'anorexie se développe généralement à l'enfance. »	41% (448)

Le prochain sous-thème est celui des « connaissances des caractéristiques des filles atteintes d'un trouble alimentaire ». Les résultats sont ici assez partagés (voir Tableau 7). En effet, deux questions ont eu un pourcentage de bonnes réponses très faible. À la question 14, 11 % des répondants ont dit que les filles atteintes d'un trouble alimentaire portent des vêtements serrés pour montrer leur corps. En contre partie, 56 % croient qu'elles portent des vêtements larges pour cacher leur corps (question 79, Tableau 7). Ensuite, il n'y a que 18 % des répondants qui croient que l'anorexique voit sa perte de poids comme une réussite extraordinaire (voir question 47, Tableau 7), ce qui s'avère pourtant être le cas. Il y a quatre questions qui ont des pourcentages de bonnes

réponses se situant entre 35 et 56 %. Puis, huit questions ont des pourcentages de bonnes réponses de plus de 68 %. Les deux questions les mieux réussies montrent que les répondants savent que les anorexiques n'ont pas une grande confiance en elles (question 45, Tableau 7) et que les filles atteintes d'un trouble alimentaire ne sont pas bien dans leur peau (question 76, Tableau 7).

Tableau 7

Pourcentage de bonnes réponses concernant les caractéristiques des filles atteintes d'un trouble alimentaire

<u>Numéros et énoncés</u>	<u>Pourcentage de bonnes réponses (N total de réponses)</u>
10 « Je crois que les filles anorexiques savent très bien qu'elles sont minces. »	84% (452)
11 « Je crois que les filles atteintes d'un trouble alimentaire affirment avoir moins de soutien social. »	35% (449)
12 « Je ne crois pas que les filles minces sont plus populaires que les autres. »	38% (448)
13 « Je crois que les filles anorexiques sont conscientes des conséquences médicales graves. »	76% (451)
14 « Je crois que les filles atteintes d'un trouble alimentaire portent des vêtements serrés pour montrer leur corps. »	11% (450)
45 « Je crois que les filles anorexiques ont une grande confiance en elles. »	94% (451)
46 « Je crois que les filles atteintes de boulimie éprouvent de la honte quant à leurs problèmes alimentaires. »	68% (451)
47 « Je crois que l'anorexique voit sa perte de poids comme une réussite extraordinaire. »	18% (448)
48 « Je crois que les troubles alimentaires traduisent souvent un sentiment d'incompétence. »	47,5% (451)
75 « Je crois que les filles boulimiques sont aussi maigres que les anorexiques. »	75% (448)
76 « Je crois que les filles atteintes d'un trouble alimentaire ne sont pas bien dans leur peau. »	93% (453)
77 « Je crois que les filles souffrant de boulimie n'accordent pas de valeur excessive à la forme et au poids de leur corps. »	68% (451)
78 « Je crois que l'anorexique voit sa perte de poids comme une défaite. »	75% (445)
79 « Je crois que les filles atteintes d'un trouble alimentaire portent des vêtements larges pour cacher leur corps. »	56% (448)

En ce qui a trait aux « connaissances des comportements des filles atteintes d'un trouble alimentaire », sur neuf questions, cinq ont eu un pourcentage de bonnes réponses de 60 % et moins (voir Tableau 8). La question ayant le plus faible pourcentage est la question 81. En effet, il y a seulement 20 % des répondants qui savent que les filles anorexiques ne sont pas impulsives. 24% seulement savent que les filles anorexiques ont de la difficulté à manger en public (question 18, Tableau 8). Les pourcentages de bonnes réponses des quatre autres questions se situent entre 65 et 78 %. Il y a 78 % des répondants qui savent que ce ne sont pas toutes les anorexiques qui utilisent des laxatifs ou qui se vont vomir (question 16, Tableau 8), 76% savent que les filles atteintes de boulimie utilisent des comportements compensatoires (question 82, Tableau 8).

Tableau 8

Pourcentage de bonnes réponses concernant les comportements des filles atteintes d'un trouble alimentaire

<u>Numéros et énoncés</u>	<u>Pourcentage de bonnes réponses (N total de réponses)</u>
16 « Je crois que toutes les anorexiques utilisent des laxatifs ou se font vomir. »	78% (451)
17 « Je crois que les filles atteintes d'anorexie ont tendance à s'isoler socialement. »	60% (451)
18 « Je crois que les filles anorexiques ont de la difficulté à manger en public. »	24% (452)
51 « Je ne crois pas que tous les épisodes de boulimie sont planifiés à l'avance. »	65% (451)
52 « Je crois que les filles anorexiques ont une diminution de leur intérêt pour la sexualité. »	48% (449)
53 « Je crois que plusieurs filles atteintes de boulimie vont abuser de substances (alcool, stimulants).»	32,5% (452)
81 « Je crois que les filles anorexiques sont très impulsives.»	20% (451)
82 « Je crois que les filles atteintes de boulimie utilisent des comportements compensatoires visant à prévenir la prise de poids (exemple : vomissements, jeûne, lavements).»	76% (453)
83 « Je crois que les filles anorexiques ont le même intérêt pour la sexualité que les autres personnes. »	76% (449)

En ce qui concerne les attitudes collaboratives et de contrôle venant de l'entourage et les attitudes face aux perceptions du corps, on remarque que les étudiants en connaissent peu dans plusieurs sous-thèmes (voir Tableau 9). Le premier sous-thème, soit celui des attitudes collaboratives, semble être mieux connu des répondants. En effet, cinq questions ont eu un pourcentage de bonnes réponses de 91 % et plus. Par exemple, les répondants disent que s'ils avaient une amie atteinte d'un trouble alimentaire, ils

s'informerait sur la problématique (question 19, Tableau 9), ils iraient chercher de l'aide (question 54, Tableau 9), ils l'inviteraient à faire des activités sociales (question 56, Tableau 9), lui diraient qu'ils s'inquiètent pour sa santé (question 84, Tableau 9) et l'encourageraient à exprimer ce qu'elle ressent (question 85, Tableau 9). Les deux questions ayant un faible pourcentage de bonnes réponses sont les questions 21 et 55. Les gens croient qu'il ne faut pas dire à une amie atteinte d'un trouble alimentaire qu'on remarque qu'elle s'isole des autres ou qu'on remarque qu'elle a des sautes d'humeur fréquentes. Pourtant, dans la littérature, on remarque qu'il peut être positif d'en parler.

Tableau 9  
 Pourcentage de bonnes réponses concernant les attitudes collaboratives venant de  
 l'entourage

<u>Numéros et énoncés</u>	<u>Pourcentage de bonnes réponses (N total de réponses)</u>
19 « Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, j'essaierais de m'informer concernant la problématique. »	97% (449)
20 « Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je lui ferais remarquer qu'elle évite de manger avec moi. »	32% (450)
21 « Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je lui dirais que je remarque qu'elle s'isole des autres. »	9% (450)
54 « Je vais aller chercher de l'aide, si je crois que la santé d'une de mes amies est sérieusement menacée. »	97% (451)
55 « Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je lui dirais que j'observe qu'elle a des sautes d'humeur fréquentes. »	10% (450)
56 « Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je l'inviterais à venir faire des activités sociales avec moi. »	91% (451)
84 « Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je lui dirais que je m'inquiète pour sa santé. »	96% (453)
85 « Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je l'encouragerais à exprimer ce qu'elle ressent. »	93% (451)
86 « Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je ne dirais pas que j'observe qu'elle a des sautes d'humeur fréquentes. »	82% (450)

Concernant le sous-thème portant sur « les attitudes de contrôle venant de l'entourage », sauf pour la question 23 où 94,5 % des gens ont répondu qu'ils n'ont jamais suggéré à leur amie de faire une diète, le pourcentage de bonnes réponses est plutôt faible (voir Tableau 10). En effet, les répondants montrent que s'ils avaient une amie atteinte d'un trouble alimentaire, ils la pousseraient à manger et à consulter un professionnel. Cependant, les écrits sur les troubles alimentaires montrent qu'il ne faut pas pousser quelqu'un à faire quelque chose.

Tableau 10  
 Pourcentage de bonnes réponses concernant les attitudes de contrôle venant de  
 l'entourage

<u>Numéros et énoncés</u>	<u>Pourcentage de bonnes réponses (N total de réponses)</u>
22 « Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je ne la pousserais pas à manger. »	31% (448)
23 « J'ai déjà suggéré à mon amie de faire une diète.»	94,5% (435)
57 « Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je la pousserais à consulter un professionnel. »	7% (435)
58 « Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je lui dirais que ça n'a pas d'allure faire autant d'exercice. »	32% (446)
87 « Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je la pousserais à manger. »	41% (448)
88 « Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je lui offrirais des récompenses lorsqu'elle mangerait. »	57% (448)

En ce qui concerne le sous-thème 9, soit « les attitudes face aux perceptions du corps », les réponses montrent que 9 % des répondants ne diraient pas à leur amie atteinte d'un trouble alimentaire qu'ils ne la trouvent pas grosse (voir question 59, Tableau 11). Quant aux quatre autres questions, les réponses sont assez partagées. En effet, 44 % des gens ont répondu que s'ils avaient une amie atteinte d'un trouble alimentaire, ils ne lui parleraient pas de son poids (question 24, Tableau 11). Ensuite, il y a 40 % des gens qui ont écrit que s'ils avaient une amie atteinte d'un trouble alimentaire, ils ne lui parleraient pas de son apparence physique (question 90, Tableau 11).



Tableau 11

Pourcentage de bonnes réponses concernant les attitudes face aux perceptions du corps

<u>Numéros et énoncés</u>	<u>Pourcentage de bonnes réponses (N total de réponses)</u>
24 « Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je ne lui parlerais pas de son poids. »	44% (452)
59 « Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je lui dirais que je ne la trouve pas grosse.»	9% (443)
89 « Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je lui parlerais de son poids. »	42% (452)
90 « Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je lui parlerais de son apparence physique.»	40% (449)

Les deux derniers sous-thèmes sont « les sentiments vécus par l'entourage » ainsi que « les connaissances dans le réseau » (voir Tableau 12). Concernant les sentiments vécus par l'entourage, les réponses sont assez partagées. On remarque cependant que plusieurs personnes disent que si elles avaient une amie atteinte d'un trouble alimentaire, elles se demanderaient quoi faire pour l'aider (89 %). De plus, 93 % des gens disent qu'ils ne se fermeraient pas les yeux si une de leurs amies était atteinte d'un trouble alimentaire. Il y a 9 % des gens qui disent que s'ils avaient une amie atteinte d'un trouble alimentaire, ils se sentiraient incompris; 22 % ressentiraient de la culpabilité, 33 % ressentiraient de la frustration et 34,5 % se sentiraient mieux s'ils participaient à un groupe de soutien. De plus, 37 % se sentiraient impuissants et 41 % se questionneraient concernant leurs propres préoccupations corporelles.

Tableau 12  
 Pourcentage de sentiments vécus par l'entourage

<u>Numéros et énoncés</u>	<u>Pourcentage de sentiments vécus (N total de réponses)</u>
25 « Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je me sentirais mieux si je faisais partie d'un groupe de soutien. »	34,5% (444)
26 « Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je me questionnerais concernant mes propres préoccupations corporelles. »	41% (448)
27 « Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je me sentirais impuissant (e). »	37% (449)
60 « Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je ressentirais de la culpabilité. »	22% (448)
61 « Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je me demanderais quoi faire pour l'aider. »	89% (451)
62 « Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je me sentirais incompris(e). »	9% (448)
91 « Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je ne ressentirais pas de culpabilité. »	29% (447)
92 « Je fermerais les yeux si une de mes amies avait un comportement alimentaire anormal. »	93% (453)
93 « Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je ressentirais de la frustration. »	33% (448)

Le dernier sous-thème, soit celui des « connaissances dans le réseau » (voir Tableau 13), montre que peu de personnes connaissent une fille qui n'a pas eu ses menstruations depuis plusieurs mois (21 %). De plus, peu de personnes connaissent quelqu'un qui prend régulièrement des laxatifs (6 %), qui n'aime pas manger devant les autres (14 %), qui aime cuisiner pour les autres sans manger ses plats (18 %), qui fait du sport de façon excessive à tous les jours (26 %) et qui est toujours à la diète (29 %). D'un autre côté, beaucoup de personnes connaissent quelqu'un qui a extrêmement peur

d'engraisser (61%), qui veut être le meilleur et toujours tout réussir par l'excellence (75 %) et qui se trouve gros même s'il ne l'est pas (77 %).

Tableau 13

Pourcentage de réponses face à la connaissance de quelqu'un qui a des comportements ou symptômes liés aux troubles alimentaires

<u>Numéros et énoncés</u>	<u>Pourcentage de bonnes réponses (connais quelqu'un) (N total de réponses)</u>
2 « Je connais quelqu'un qui utilise des rituels lors des repas. Par exemple, essorer la viande pour en extraire le gras et couper la nourriture en petits morceaux. »	33% (439)
28 « Je connais une fille ou une jeune femme qui n'a pas eu ses menstruations depuis plusieurs mois. »	21% (433)
29 « Je connais quelqu'un qui se fait régulièrement vomir. »	35% (445)
30 « Je connais quelqu'un qui n'aime pas manger devant les autres ou qui se retire pour manger. »	14% (443)
31 « Je connais quelqu'un qui est toujours à la diète. »	29% (445)
32 « Je connais quelqu'un qui calcule toujours les calories qu'il mange. »	43% (448)
33 « Je connais quelqu'un qui a extrêmement peur d'engraisser. »	61% (449)
63 « Je connais une personne qui aime cuisiner pour les autres, sans manger ses plats. »	18% (441)
64 « Je ne connais aucune personne qui se fait régulièrement vomir. »	23% (453)
65 « Je connais quelqu'un qui prend régulièrement des laxatifs (médicaments pour aller à la toilette). »	6% (450)
66 « Je ne connais personne qui a extrêmement peur d'engraisser. »	58% (450)
94 « Je connais quelqu'un qui se pèse plusieurs fois par semaine. »	58% (449)
95 « Je connais quelqu'un qui fait du sport à tous les jours et de façon excessive. »	26% (450)
96 « Je connais quelqu'un qui veut toujours être le meilleur et tout réussir par l'excellence. »	75% (450)
97 « Je connais quelqu'un qui se trouve gros, même s'il ne l'est pas. »	77% (450)
98 « Je connais quelqu'un qui a des sautes d'humeur fréquentes. »	53,5% (449)

*Résultats des tests de différence de moyenne*

En guise de seconde étape, un test-t est utilisé afin d'évaluer jusqu'à quel point nous sommes en mesure de départager les réponses en fonction des caractéristiques descriptives de nos répondants. Les résultats obtenus montrent qu'il y a des différences significatives ( $p < 0,05$ ) entre les réponses des gars par rapport à celles des filles, et ce, dans quatre sous-thèmes sur onze soit les facteurs de risque, les conséquences, les connaissances des caractéristiques des filles et les attitudes collaboratives. Dans ces quatre sous-thèmes, les filles ont eu de meilleures réponses que les gars (voir Tableau 14).

Tableau 14

Comparaison des différents sous-thèmes entre les filles et les gars

Sous-thèmes (variables)	Garçons		Filles		T
	M	ÉT	M	ÉT	
Facteurs de risque	10,42 (n = 132)	2,83	11,90 (n = 283)	2,26	5,27**
Conséquences	4,34 (n = 139)	0,73	4,76 (n = 305)	0,52	6,22***
Connaissances des troubles alimentaires	4,74 (n = 138)	1,33	5,21 (n = 298)	1,26	3,54
Traitements	3,21 (n = 141)	0,92	3,34 (n = 306)	0,85	1,42
Comportements	4,10 (n = 137)	2,23	5,40 (n = 302)	2,04	6,01
Connaissances des caractéristiques des filles	7,68 (n = 129)	2,42	8,72 (n = 296)	1,84	-0,92*
Attitudes collaboratives	5,88 (n = 135)	1,05	6,19 (n = 302)	0,84	3,02*
Attitudes de contrôle	2,72 (n = 127)	1,31	2,61 (n = 291)	1,38	-0,75
Attitudes face aux perceptions du corps	1,27 (n = 137)	1,25	1,41 (n = 300)	1,29	1,09
Sentiments	3,40 (n = 129)	1,54	4,11 (n = 292)	1,62	4,21
Connaissances dans le réseau	5,10 (n = 121)	2,94	6,52 (n = 277)	3,33	4,04

\* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$ .

Le Test-T a aussi été employé afin de voir s'il y a une différence entre les réponses des personnes provenant des collèges semi-urbains numéros 1 et 3 par rapport aux personnes provenant du collège urbain numéro 2. Les résultats montrent une différence significative dans deux sous-thèmes soit les facteurs de risque et les conséquences. Cela démontre que les répondants étudiant dans le milieu urbain

connaissaient mieux les facteurs de risque et les conséquences que les répondants étudiants dans les milieux semi-urbains (voir Tableau 15).

Tableau 15

Comparaison des différents sous-thèmes entre les répondants des collèges en milieu semi-urbain face aux répondants provenant du collège en milieu urbain

Sous-thèmes (variables)	Collèges semi-urbains		Collège urbain		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Facteurs de risque	11,06 (n = 267)	2,63	12,11 (n = 148)	2,23	-4,30**
Conséquences	4,59 (n = 284)	0,66	4,71 (n = 160)	0,54	-2,03**
Connaissances des troubles alimentaires	4,94 (n = 286)	1,32	5,29 (n = 150)	1,24	-2,65
Traitements	3,24 (n = 285)	0,92	3,41 (n = 162)	0,78	-1,96
Comportements	4,77 (n = 281)	2,17	5,39 (n = 158)	2,16	-2,88
Connaissances des caractéristiques des filles	4,87 (n = 270)	1,57	5,13 (n = 155)	1,67	-1,62
Attitudes collaboratives	6,06 (n = 277)	0,99	6,16 (n = 160)	0,78	-1,14
Attitudes de contrôle	2,70 (n = 269)	1,35	2,54 (n = 149)	1,37	1,09
Attitudes face aux perceptions du corps	1,33 (n = 279)	1,25	1,44 (n = 158)	1,32	-0,92
Sentiments	3,81 (n = 268)	1,58	4,03 (n = 153)	1,71	-1,31
Connaissances dans le réseau	5,69 (n = 257)	3,01	6,80 (n = 141)	3,63	-3,26

\**p* < 0,05.

\*\**p* < 0,01.

### *Résultats entre les trois différents collèges*

À l'aide de l'analyse de variance (Bonferroni), des comparaisons ont été faites entre les trois différents collèges. Les résultats ont permis de voir qu'il y a une différence significative entre les collèges et ce, à cinq reprises (voir Tableau 16). D'une part, dans le sous-thème « les connaissances des facteurs de risque », il y a une différence significative entre les collèges. La différence se situe plus spécifiquement entre le collège semi-urbain numéro 1 et le collège urbain numéro 2. On note une meilleure connaissance des facteurs de risque pour les répondants du milieu urbain que pour ceux des milieux semi-urbain. D'autre part, pour le sous-thème « les conséquences », il y a une différence entre les collèges 1 et 2 et entre les deux collèges semi-urbains 1 et 3. En effet, les répondants du collège 3 ont obtenu de meilleurs résultats que les répondants du collège 2 soit celui en milieu urbain et les étudiants de ce milieu urbain ont obtenu de meilleurs résultats que ceux du collège 1. Ensuite, on remarque une différence significative pour le sous-thème portant sur « les caractéristiques des troubles alimentaires ». La différence se situe entre le collège semi-urbain 1 et le collège urbain 2. Les répondants du milieu urbain ont eu de meilleurs résultats que ceux de ce milieu semi-urbain. Quant au sous-thème portant sur « les comportements », on note aussi une différence significative entre le collège semi-urbain numéro 1 et le collège urbain 2 où les étudiants ont eu plus de bonnes réponses. Pour terminer, dans le sous-thème « les connaissances dans le réseau », il y a encore une fois une différence entre les collèges semi-urbains et le collège urbain. Les répondants du milieu semi-urbain connaissaient



moins de personne avec des comportements liés aux troubles alimentaires que les répondants de ce milieu urbain.

Tableau 16  
Comparaison des différents sous-thèmes entre les répondants provenant d'un collège face à un autre

Sous-thèmes (variables)	Collège 1 (semi-urbain)		Collège 2 (urbain)		Collège 3 (semi-urbain)		F
	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT	
Facteurs de risque	10,90	2,62	12,11	2,23	11,40	2,65	9,66***
Conséquences	4,52	0,71	4,71	0,54	4,74	0,49	5,70**
Connaissances des troubles alimentaires	4,91	1,25	5,29	1,24	5,01	1,46	3,72*
Comportements	4,71	2,16	5,39	2,16	4,90	2,19	4,38*
Connaissances dans le réseau	5,62	2,93	6,80	3,63	5,84	3,17	5,43**
* $p < 0,05$ . $p < 0,01$ .    *** $p < 0,001$ .							

#### Résultats en lien avec l'âge

À l'aide du test One-way Anova, des comparaisons ont été faites entre les variables afin de voir s'il y a une différence entre les réponses dépendamment de l'âge des répondants. Cependant, aucune différence significative n'est ressortie ( $p < 0,05$ ). L'âge n'est donc pas un facteur déterminant des réponses données.

### *Liens entre les variables*

Les résultats ont montré (à l'aide de la corrélation de Pearson) qu'il existait des liens entre plusieurs variables (voir Tableau 17). On remarque notamment que plus une personne connaît des gens ayant des comportements liés aux troubles alimentaires, meilleures sont ses connaissances de la problématique ( $r = 0,165$ ,  $p = 0,002$ ). Bref, même si le lien est faible, il demeure significatif.

De façon plus spécifique, la relation est significative puisqu'il existe un lien entre les connaissances dans le réseau et les connaissances des facteurs de risque ( $r = 0,120$ ,  $p = 0,020$ ) ainsi qu'entre les connaissances dans le réseau et les conséquences ( $r = 0,146$ ,  $p = 0,004$ ). Il y a aussi un lien entre les connaissances dans le réseau et les comportements des filles atteintes d'un trouble alimentaire ( $r = 0,163$ ,  $p = 0,001$ ). Pour conclure cette partie, il y a un lien entre les connaissances dans le réseau et les caractéristiques des filles atteintes d'un trouble alimentaire ( $r = 0,172$ ,  $p = 0,001$ ).

Dans le même ordre d'idées, plus une personne connaît des gens ayant des comportements liés aux troubles alimentaires, plus elle avait une attitude favorable ( $r = 0,174$ ,  $p = 0,001$ ). Encore une fois, le lien est significatif, mais faible. Cette relation s'est montrée significative puisqu'il y a un lien entre les connaissances dans le réseau et les attitudes face aux perceptions du corps ( $r = 0,103$ ,  $p = 0,042$ ).

On note aussi une relation significative, entre les connaissances dans le réseau et les sentiments vécus par la personne ( $r = 0,148$ ,  $p = 0,004$ ). Il y a aussi une relation significative, mais faible, entre les connaissances de la problématique et les sentiments vécus par la personne ( $r = 0,248$ ,  $p = 0,001$ ).

Un lien significatif ressort aussi entre les attitudes et les connaissances de la problématique ( $r = 0,156$ ,  $p = 0,003$ ). Le lien est donc, ici aussi faible, mais significatif. Ce lien est plus spécifiquement démontré entre les connaissances de la problématique et les attitudes de contrôle ( $r = 0,153$ ,  $p = 0,004$ ). Pour terminer, on remarque qu'il y a aussi une différence significative entre les connaissances de la problématique et les attitudes face aux perceptions du corps ( $r = 0,108$ ,  $p = 0,037$ ).

Tableau 17  
Résultats des analyses de corrélation de Pearson (N = 453)

<i>Sous-thèmes</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>
1. Connaissances réseau	0,120*	0,146**	0,050	0,037	0,163**	0,037	0,076	0,103*	0,172* *	0,148**	0,165**	0,174**
2. Facteurs de risque		0,384** *	0,254** *	0,291** *	0,472** *	0,098*	0,081	0,097	0,446* **	0,231** *	0,788** *	0,124*
3. Conséquences			0,243** *	0,250** *	0,391** *	0,076	0,016	0,008	0,340* **	0,171** *	0,547** *	0,024
4. Troubles alimentaires				0,183** *	0,406** *	0,069	0,149* *	0,082	0,258* **	0,019	0,547** *	0,152**
5. Traitements					0,231** *	0,109*	0,063	0,120*	0,308* **	0,131**	0,419** *	0,115**
6. Comportements						0,038	0,178* **	0,070	0,510* **	0,235** *	0,799** *	0,136**
7. Attitudes collaboratives							0,151* *	0,195* **	0,052	-0,029	0,070	0,522** *
8. Attitudes de contrôle								0,430* **	0,172* *	-0,008	0,153**	0,802** *
9. Perceptions du corps									0,133* *	0,096	0,108*	0,792** *
10. Caractéristiques des filles										0,165**	0,752** *	0,182** *
11. Sentiments											0,248** *	0,040
12. Connaissances												0,156**
13. Attitudes												

\* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$ .

## *Discussion*

La discussion ainsi que les limites de la recherche seront présentées pour conclure cette étude.

Les résultats ont permis de constater l'état de la connaissance de la problématique des troubles alimentaires auprès de jeunes adultes aux études collégiales. Différentes facettes de cette problématique ont été explorées : les facteurs de risque, les conséquences, les caractéristiques des troubles alimentaires, les traitements, les caractéristiques des filles atteintes d'un trouble alimentaire, les comportements des filles atteintes d'un trouble alimentaire, les différentes attitudes adoptées dont les attitudes collaboratives, de contrôle et face aux perceptions du corps. Enfin, les sentiments que peuvent vivre les gens face aux troubles alimentaires et les connaissances dans le réseau de personnes ayant des symptômes d'un trouble alimentaire ont aussi été étudiés. Chaque facette comprend plusieurs questions et donne un pourcentage de réponses émises par les participants.

Les pourcentages les plus élevés de bonnes réponses concernaient les facteurs de risque, les traitements et les conséquences des troubles alimentaires. Effectivement, 97 % des répondants trouvent que les images des mannequins dans les magazines influencent les filles à devenir minces (voir question 34, Tableau 3) et 91 % trouvent que les vedettes présentent trop souvent la maigreur extrême comme idéale (voir question

69, Tableau 3). Il y a aussi 91 % des répondants qui ont noté que le réseau social d'une personne atteinte d'un trouble alimentaire peut l'aider (voir question 15, Tableau 4). Cependant, les pourcentages de réponses correctes associés aux caractéristiques des troubles alimentaires, aux caractéristiques des filles atteintes et aux comportements des filles atteintes d'un trouble alimentaire sont plutôt faibles. Par exemple, seulement 24 % des répondants ont noté qu'ils croient que les filles anorexiques ont de la difficulté à manger en public (voir question 18, Tableau 8). En examinant de plus près les résultats, les participants attribuent plus l'influence du trouble alimentaire au monde de la mode (magazines, mannequins et facteurs culturels). Ils rattachent peu cette problématique aux sportives (gymnastes, danseuses) ou à d'autres problématiques (abus sexuels). Une sensibilisation pourrait être envisagée sur les autres aspects de cette problématique, car leurs connaissances sont très fragmentaires. Cette sensibilisation pourrait cibler tout type de clientèle (étudiants, intervenants, parents...).

Concernant les différentes attitudes, les réponses ont été moins bien réussies qu'au niveau des connaissances. En ce qui a trait aux attitudes collaboratives, elles ont été plus ou moins bien réussies. Quant aux attitudes de contrôle et aux attitudes face aux perceptions du corps, les pourcentages de bonnes réponses sont encore plus faibles que les attitudes collaboratives. Cela montre que la population collégienne n'est pas outillée pour avoir une attitude favorable si quelqu'un a une proche atteinte d'un trouble alimentaire. Les résultats font ressortir que plusieurs personnes vivraient différents sentiments si elles avaient une amie atteinte d'un trouble alimentaire, dont une certaine

impuissance (voir question 61, Tableau 13). Les répondants ont noté à 89 % qu'ils se demanderaient quoi faire pour aider une amie atteinte d'un trouble alimentaire. Ce qui est inquiétant, c'est que plusieurs personnes ont répondu connaître quelqu'un avec des comportements ou symptômes d'un trouble alimentaire et, si nous mettons en parallèle les attitudes adoptées par plusieurs, celles-ci seraient défavorables. Nous pouvons émettre comme hypothèse que les participants sont pris émotionnellement car conscients des risques associés aux troubles alimentaires et à une volonté de les arrêter sans connaître les conséquences de leurs attitudes auprès des filles atteintes des troubles alimentaires. L'étude démontre encore une fois l'importance d'intervenir auprès de l'entourage des personnes atteintes d'un trouble alimentaire.

Regardons de plus près les différences entre nos différences variables indépendantes (sexe, groupes de différents collèges). Les filles ont une meilleure connaissance des troubles alimentaires que les gars. Cette différence est significative dans quatre sous-thèmes sur onze, soit les connaissances des facteurs de risque, les conséquences, les connaissances des caractéristiques des filles atteintes d'un trouble alimentaire et les attitudes collaboratives sont meilleures que celles des gars. Bref, les résultats ne sont pas surprenants puisque les filles semblent plus préoccupées par les questions de poids que les gars. Elles s'informent donc probablement plus au sujet de la problématique et elles sont souvent plus ciblées lors de sensibilisation. Toutefois, cela peut amener à se questionner sur l'impact que les jeunes hommes ont sur leurs copines, blondes ou collègues ayant des troubles alimentaires (critères de beauté, standard de



beauté). La contribution de ceux-ci au maintien ou au changement de comportement chez ces dernières serait sûrement un thème intéressant à développer dans le cadre d'une autre étude. De plus, nous remarquons ici l'importance de mettre en place des programmes de sensibilisation ou d'intervention qui touchent autant ces derniers.

La cueillette d'informations a permis de voir qu'il y a une différence entre les réponses des personnes venant d'un collège face à un autre. On remarque une différence entre les réponses des personnes venant des collèges semi-urbains face aux personnes venant d'un collège urbain. Cette différence se voit dans deux sous-thèmes, soit les facteurs de risque et les conséquences. Les connaissances des personnes venant du milieu urbain étaient meilleures. En regardant ces résultats, on peut penser que les personnes vivant en région urbaine sont plus préoccupées par les questions de poids, puisqu'elles connaissent mieux la problématique. Il se pourrait que la pression sociale liée à l'image du corps soit plus forte en milieu urbain. L'éloignement des centres-villes et des services tout comme la participation aux travaux agricoles qui sont exigeants (physiquement et mobilise de la participation) pour les étudiants seraient probablement des facteurs à tenir compte dans une analyse plus fine des différences observée. Bien entendu il y aurait d'autres facteurs comme le soutien social, le lieu d'habitation durant les études, etc.

On a aussi remarqué qu'il n'y a pas de différence entre les réponses dépendamment de l'âge des répondants. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la

plupart des répondants étaient près de la vingtaine. Leur vécu est donc probablement similaire. Ensuite, on constate aussi que plus une personne connaît quelqu'un qui a des comportements et symptômes d'un trouble alimentaire, meilleures seront ses connaissances des facteurs de risque, des conséquences et des caractéristiques des troubles alimentaires et son attitude face aux perceptions du corps. Par conséquent, nous pouvons comprendre qu'elle rapporte vivre différents sentiments car elle se sent davantage impliquée face à cette problématique. Ces résultats peuvent être liés aux résultats de Paxton, Schutz, Wertheim et Muir (1999) qui montraient que les filles faisant partie d'une même clique avaient le même type de préoccupations corporelles. Donc, les personnes qui connaissent des gens ayant des comportements ou symptômes d'un trouble alimentaire ont peut-être elles aussi un haut niveau de préoccupations corporelles. Elles en connaissent donc plus sur la problématique comparativement aux autres personnes qui ne se sentent pas touchées par les troubles alimentaires. Ensuite, tout comme Livneh et Antonak (1997), les résultats présentés montrent que plus une personne connaît la problématique, meilleures seraient ses attitudes. Cela ressort plus particulièrement dans certains sous-thèmes. Effectivement, plus une personne connaît la problématique, meilleures seront ses attitudes de contrôle et ses attitudes face aux perceptions du corps.

### Limites de la recherche

Certaines limites de l'étude doivent être présentées en ce qui concerne la méthode.

Dans un premier temps, il est important de souligner que la désirabilité sociale n'a pas été contrôlée en ajoutant des questions supplémentaires. Il se peut donc que les réponses des participants aient été biaisées en ce sens. Certaines personnes auraient, par exemple, pu noter des réponses afin d'avoir l'air d'une « bonne » personne. Dans un deuxième temps, comme les questionnaires ont été passés dans des classes, les gens étaient à proximité les uns des autres. Les réponses ont pu être influencées par la pression sociale que cela a causée. De plus, les participants n'ayant pas une expérience dans leur entourage en lien avec une problématique de troubles alimentaires, pourraient remplir le questionnaire plus expéditivement que les participants confrontés à cette problématique dans leur entourage.

Pour terminer, il est important de noter que seulement 453 personnes ont participé à l'étude et qu'elles venaient de trois différents collèges de la Mauricie. Il serait pertinent d'augmenter la taille de l'échantillon pour permettre une meilleure généralisation des résultats, surtout pour effectuer certaines comparaisons entre les participants (âge, discipline dans lesquelles les participants sont inscrits). Nous pourrions vérifier si les gens en techniques infirmières sont plus sensibilisés que ceux en techniques policières par exemple.

La relation que les répondants avaient avec une personne de leur entourage ayant un trouble alimentaire peut aussi avoir eu un impact sur les résultats. Par exemple, les

résultats peuvent être différents si un participant cohabitait avec une personne atteinte d'un trouble alimentaire ou s'il faisait partie de la famille d'une personne atteinte d'un trouble alimentaire. De plus, dans certaines questions, on parle de troubles alimentaires de façon générale. On ne fait pas de différence entre l'anorexie et la boulimie. Par exemple, on dit « si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je fermerais les yeux ». Cette confusion vient à la fois du traitement de l'information ou tantôt on fait une différence entre la boulimie et l'anorexie et tantôt on traite les troubles alimentaires.

## *Conclusion et recommandations*

Le but principal de cette recherche était d'en apprendre davantage sur les connaissances et attitudes des collégiennes et collégiens en ce qui concerne les troubles alimentaires. Les résultats obtenus permettent de répondre à ce but et de générer certaines recommandations.

La cueillette d'information auprès d'étudiantes et d'étudiants venant de différents collèges de la Mauricie a permis d'établir un portrait des connaissances et attitudes face aux troubles alimentaires. Les résultats obtenus viennent mettre à jour l'état de connaissance des jeunes adultes auprès d'une population collégiale. Effectivement, les hypothèses ressorties en début de recherche, permettent de vérifier que les filles ont une meilleure connaissance des troubles alimentaires que les gars et que le contexte (milieu rural et semi-urbain) contribue à influencer le type de réponse fournie. La différence entre les réponses dépendamment de l'âge du répondant, ne permet pas de constater des différences. Toutefois, plus une personne connaît quelqu'un qui a des symptômes d'un trouble alimentaire meilleures seront ses connaissances et son attitude face à cette dernière. Enfin, une meilleure connaissance de la problématique a un lien positif avec des attitudes favorables face à une personne atteinte. Bref, nous avons pu voir ce que les participants connaissaient ou non de la problématique des troubles alimentaires.

### Recommandations

Les troubles alimentaires sont de graves maladies et les pairs peuvent jouer un rôle positif auprès des personnes atteintes. La question des troubles alimentaires en lien avec le groupe de pairs est peu traitée dans la littérature; il serait donc pertinent que de nouvelles recherches soient faites sur ce sujet, non seulement auprès d'une population adulte, mais également auprès d'adolescents. Dans le même ordre d'idées, il serait pertinent de faire une étude avec des personnes de différentes régions et de différents niveaux scolaires (études secondaires, professionnelles, universitaires, etc.). De plus, il est important de s'informer de ce que les pairs d'une personne atteinte connaissent ou pensent de la problématique et aussi de voir ce qui est aidant pour la personne atteinte. Il serait tout aussi pertinent de questionner les gens sur leurs propres comportements en matière de troubles alimentaires. On pourrait, par exemple, faire des liens entre des personnes atteintes d'un trouble alimentaire et leurs connaissances ou leurs attitudes.

À l'aide de ces recherches, l'élaboration de programmes d'intervention pourrait être réalisée ainsi que la conception d'outils d'intervention afin d'aider les pairs d'une personne atteinte d'un trouble alimentaire. Cette aide leur permettra d'être plus à l'aise face à la problématique et aussi à apporter un soutien positif à leur ami(e) atteint(e).

## *Références*



- Association québécoise d'aide aux personnes souffrant d'anorexie nerveuse et de boulimie. *Venir en aide*. Document consulté le 9 avril 2009 de [http://www.anebquebec.com/html/fr\\_aide.html](http://www.anebquebec.com/html/fr_aide.html).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Basow, S.A., K.A., Foran, & Bookwala, J. (2007). Body objectification, social pressure, and disordered eating behavior in college women : The role of sorority membership. *Psychology of Women Quarterly*, 31(4), 394-400.
- Bergh, C, & P. Sodersten. (1998). Anorexia nervosa: rediscovery of a disorder. *The Lancet*, 351(9113), 1427-1430
- Bilodeau, M. (2000). Les facteurs associés aux troubles sexuels vécus par des femmes suite à une phase anorexique. Rapport d'activités comme exigence partielle de la maîtrise en sexologie, Université du Québec à Montréal. Document consulté le 9 avril 2009 de [http://blaf.ntic.qc.ca/fr/theses/melanie\\_bilodeau/pdf\\_m\\_bilodeau.html](http://blaf.ntic.qc.ca/fr/theses/melanie_bilodeau/pdf_m_bilodeau.html).
- Blanshay, C.A. (1994). *Le Processus de sexualisation féminin: Une étude de cas de l'anorexie et ses implications en sexologie clinique*. Rapport d'activités, Département de Sexologie, UQAM (Université du Québec à Montréal).
- Brown, E.K., & J., Geller. (2006). Supporting friends and family members with eating disorders: Discrepancies between intention and reality. *Eating disorders: The journal of treatment and prevention*, 14(3), 215-228.
- Brusset, B. (2005). La figure de l'anorexique dans l'adolescence. *Adolescence*, 23(3), 575-586.
- Doyen, C., & Cook-Darzens, S.. (2004). *Anorexie et boulimie*. Enseignants et équipes scolaires, les possibilités d'action à l'école 10, 229-252. Dunod. Paris
- Fairburn, C.G., & D.M, Garner. (1986). The diagnosis of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 403-419.
- Flament, M., P., Jeammet, & Remy, B. (2002). *La boulimie : comprendre pour mieux traiter*. Paris : Masson.
- Fondation des maladies mentales. Trouble de l'alimentation. *Quoi faire?* Document consulté le 10 avril 2009 de <http://www.fondationdesmaladiesmentales.org/fr/p/aider-une-personne/les-maladies-mentales/troubles-de-l'alimentation/quoi-faire>.

- Garner, D.M., & al. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological reports*, 47, p. 483-491.
- Ghaderi, A., & Scoot, B. (2000). Coping in dieting and eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 273-279.
- Gerner, B., & Wilson, H.P. (2005). The relationship between friendship factors and adolescent girls' body image concern, body dissatisfaction, and restrained eating. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 313-320.
- Griffiths, A.J., & McCabe, P.M. (2000). The influence of significant others on disordered eating and body dissatisfaction among early adolescent girls. *European eating disorders review*, 8(4), 301-314.
- Grissett, I.N., & Norvell, N.K. (1992). Perceived social support, social skills, and quality of relationships in bulimic women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(2), 293-299.
- Heaven, P.C.L. (1994). *Contemporary adolescence : A social psychological approach*. Melbourne, Australia : Macmillan.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1994). *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. (7e éd). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., & H.L. Taylor (1950). *The Biology of Human Starvation*. Minneapolis : University of Minnesota Press.
- Livneh, H., & R.F. Antonak. (1997). *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability*. Gaithersburg, Mar. : Aspen. 22.
- Nickerson, A.B., & Nagle, R.J. (2005). Parent and peer attachment in late childhood and early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 25, 223-249.
- Pauzé, R., & Charbouillot-Mangin, B. (2001). *L'anorexie chez les adolescentes*. Ramonville Saint-Agne : Editions Eres. (Collection Relations).
- Paxton, S., Wertheim, E., Gibbons, K., Smukler, G., Hillier, L., & Petrovich, J. (1991). Body image satisfaction, dieting beliefs and weight loss behaviors in adolescent girls and boys. *Psychology Today*, 16, 361-370.
- Paxton, S., Schutz, H.K., Wertheim, E.H., & Muir, S.L. (1999). Friendship clique and peer influence on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss behaviors, and binge eating in adolescent girls. *Journal of abnormal psychology*, 2, 255-266.

- Pépin, G., M., Boulard & F., Bergeron. (2004). *Anorexie et boulimie : Guide conseil pour les proches et les intervenants*. Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke : Édition du CRP.
- Pike, K. M. (1995). Bulimic symptomatology in high school girls. *Psychology of women Quarterly*, 19, 373-396.
- Pomerleau, G., C., Ratté, S., Boivin, & Brassard, A. (2001). *Anorexie et boulimie : comprendre pour mieux agir*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- SCRASSC. (2002). Santé mentale de nos jeunes : profil clinique des troubles des conduites alimentaires. Montérégie. Document consulté le 9 avril 2009 de [http://recit.cssamares.qc.ca/carrefour/IMG/pdf/Troubles\\_des\\_conduites\\_alimentaires.pdf](http://recit.cssamares.qc.ca/carrefour/IMG/pdf/Troubles_des_conduites_alimentaires.pdf).
- Société canadienne de pédiatrie (1998). Les troubles de l'alimentation chez les adolescents : les principes de diagnostic et de traitement. *Paediatrics and Child Health*, 3(3), 193-196.
- Tiller, J.M., G., Sloane, U., Schmidt, N., Troop, M., Power, & Treasure, J.L. (1997). Social support in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21(1), 31-38.
- Wilkins, J. (1998). Quatre temps pour mieux comprendre l'anorexie. *Le clinicien*, 45-49.
- Zalta, A.K., & Keel, P.K. (2006). Peer influence on bulimic symptoms in college students. *Journal of abnormal psychology*. 115(1), 185-189.

## *Appendice A*

### Le questionnaire

## Le questionnaire

Veuillez répondre directement au questionnaire en ne cochant qu'une seule réponse.

	Vrai	Faux	Je ne sais pas	Pas de réponse
1. Je crois que les troubles alimentaires peuvent être en lien avec le milieu familial.	X			
2. Je connais quelqu'un qui utilise des rituels lors des repas. Par exemple, essorer la viande pour en extraire le gras et couper la nourriture en petits morceaux.				
3. Je crois que les sportives comme les danseuses ou les gymnastes ont plus de chances d'être atteintes d'un trouble alimentaire.	X			
4. Je crois que pour plusieurs femmes, la maigreur extrême est perçue comme une image de beauté extrême inatteignable.	X			
5. Je ne crois pas qu'une agression sexuelle dans le passé peut favoriser l'émergence d'un trouble alimentaire.		X		
6. Je ne crois pas qu'une personne peut mourir d'un trouble alimentaire.		X		
7. Je crois que seulement les femmes peuvent être atteintes d'un trouble alimentaire.		X		
8. Je crois que l'anorexie et la boulimie sont les seuls troubles alimentaires existants.		X		
9. Je crois que l'anorexie se développe généralement à l'âge adulte.		X		
10. Je crois que les filles anorexiques savent très bien qu'elles sont minces.		X		
11. Je crois que les filles atteintes d'un trouble alimentaire affirment avoir moins de soutien social.	X			
12. Je ne crois pas que les filles minces sont plus populaires que les autres.		X		
13. Je crois que les filles anorexiques sont conscientes des conséquences médicales graves.		X		
14. Je crois que les filles atteintes d'un trouble alimentaire portent des vêtements serrés pour montrer leur corps.	X			
15. Je pense que le réseau social d'une personne atteinte d'un trouble alimentaire peut l'aider.	X			
16. Je crois que toutes les anorexiques utilisent des laxatifs ou se font vomir.		X		
17. Je crois que les filles atteintes d'anorexie ont tendance à s'isoler socialement.	X			
18. Je crois que les filles anorexiques ont de la difficulté à manger en public.	X			
19. Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, j'essaierais de m'informer concernant la problématique.	X			
20. Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je lui ferais remarquer qu'elle évite de manger avec moi.	X			

	Vrai	Faux	Je ne sais pas	Pas de réponse
21. Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je lui dirais que je remarque qu'elle s'isole des autres.	X			
22. Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je ne la pousserais pas à manger.	X			
23. J'ai déjà suggéré à mon amie de faire une diète.		X		
24. Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je ne lui parlerais pas de son poids.	X			
25. Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je me sentrais mieux si je faisais partie d'un groupe de soutien.				
26. Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je me questionnerais concernant mes propres préoccupations corporelles.				
27. Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je me sentrais impuissant (e).				
28. Je connais une fille ou une jeune femme qui n'a pas eu ses menstruations depuis plusieurs mois.				
29. Je connais quelqu'un qui se fait régulièrement vomir.				
30. Je connais quelqu'un qui n'aime pas manger devant les autres ou qui se retire pour manger.				
31. Je connais quelqu'un qui est toujours à la diète.				
32. Je connais quelqu'un qui calcule toujours les calories qu'il mange.				
33. Je connais quelqu'un qui a extrêmement peur d'engraisser.				
34. Je crois que les mannequins dans les magazines peuvent influencer les filles à vouloir devenir minces.	X			
35. Je crois qu'un nombre élevé de conflits durant l'heure du repas peut favoriser l'émergence d'un trouble alimentaire.	X			
36. Je ne crois pas que les troubles alimentaires peuvent être en lien avec le milieu familial.		X		
37. Je ne crois pas que les crises de boulimie peuvent être déclenchées par de la tension interpersonnelle.		X		
38. Je crois que la boulimie commence souvent après avoir fait un régime alimentaire.	X			
39. Je crois que les messages ambivalents des proches face à l'apparence du corps en changement, peuvent favoriser l'émergence d'un trouble alimentaire.	X			
40. Je crois que c'est dangereux d'avoir un trouble alimentaire.	X			
41. Les filles anorexiques ont parfois l'absence de cycles menstruels.	X			
42. Je ne crois pas que les troubles alimentaires sont de nouvelles maladies.	X			
43. Je connais la différence entre l'anorexie et la boulimie.	X			
44. Je crois que près de 1 % des filles sont atteintes d'anorexie.	X			

	Vrai	Faux	Je ne sais pas	Pas de réponse
45. Je crois que les filles anorexiques ont une grande confiance en elles.		X		
46. Je crois que les filles atteintes de boulimie éprouvent de la honte quant à leurs problèmes alimentaires.	X			
47. Je crois que l'anorexique voit sa perte de poids comme une réussite extraordinaire.	X			
48. Je crois que les troubles alimentaires traduisent souvent un sentiment d'incompétence.	X			
49. Je crois que le seul moyen pour traiter les troubles alimentaires c'est avec des médicaments.		X		
50. Je crois que les filles anorexiques décident généralement d'aller consulter quand elles prennent conscience de leur maigreur.		X		
51. Je ne crois pas que tous les épisodes de boulimie sont planifiés à l'avance.	X			
52. Je crois que les filles anorexiques ont une diminution de leur intérêt pour la sexualité.	X			
53. Je crois que plusieurs filles atteintes de boulimie vont abuser de substances (alcool, stimulants).	X			
54. Je vais aller chercher de l'aide, si je crois que la santé d'une de mes amies est sérieusement menacée.	X			
55. Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je lui dirais que j'observe qu'elle a des sautes d'humeur fréquentes.	X			
56. Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je l'inviterais à venir faire des activités sociales avec moi.	X			
57. Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je la pousserais à consulter un professionnel.		X		
58. Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je lui dirais que ça n'a pas d'allure faire autant d'exercice.		X		
59. Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je lui dirais que je ne la trouve pas grosse.		X		
60. Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je ressentirais de la culpabilité.				
61. Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je me demanderais quoi faire pour l'aider.				
62. Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je me sentirais incompris (e).				
63. Je connais une personne qui aime cuisiner pour les autres, sans manger ses plats.				
64. Je ne connais aucune personne qui se fait régulièrement vomir.				
65. Je connais quelqu'un qui prend régulièrement des laxatifs (médicaments pour aller à la toilette).				
66. Je ne connais personne qui a extrêmement peur d'engraisser.				

	Vrai	Faux	Je ne sais pas	Pas de réponse
67. Je crois que les facteurs culturels comme les messages véhiculés par les médias peuvent favoriser l'émergence des troubles alimentaires.	X			
68. Je crois que l'apparence corporelle concernant le poids est déterminante sur l'estime de soi.	X			
69. Je trouve que les vedettes présentent trop souvent la maigreur extrême comme un idéal.	X			
70. Je crois que les filles atteintes d'un trouble alimentaire ont de la difficulté à faire face aux tensions.	X			
71. Je crois qu'une personne peut mourir d'un trouble alimentaire.	X			
72. Je crois que les filles atteintes d'un trouble alimentaire peuvent avoir plusieurs conséquences physiques néfastes.	X			
73. Je crois que l'anorexie est plus fréquente que la boulimie.		X		
74. Je crois que l'anorexie se développe généralement à l'enfance.		X		
75. Je crois que les filles boulimiques sont aussi maigres que les anorexiques.		X		
76. Je crois que les filles atteintes d'un trouble alimentaire ne sont pas bien dans leur peau.	X			
77. Je crois que les filles souffrant de boulimie n'accordent pas de valeur excessive à la forme et au poids de leur corps.		X		
78. Je crois que l'anorexique voit sa perte de poids comme une défaite.		X		
79. Je crois que les filles atteintes d'un trouble alimentaire portent des vêtements larges pour cacher leur corps.	X			
80. Je ne pense pas que le réseau social peut aider une personne avec un trouble alimentaire.		X		
81. Je crois que les filles anorexiques sont très impulsives.		X		
82. Je crois que les filles atteintes de boulimie utilisent des comportements compensatoires visant à prévenir la prise de poids (exemple : vomissements, jeûne, lavements).	X			
83. Je crois que les filles anorexiques ont le même intérêt pour la sexualité que les autres personnes.		X		
84. Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je lui dirais que je m'inquiète pour sa santé.	X			
85. Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je l'encouragerais à exprimer ce qu'elle ressent.	X			
86. Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je ne dirais pas que j'observe qu'elle a des sautes d'humeur fréquentes.		X		
87. Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je la pousserais à manger.		X		



	Vrai	Faux	Je ne sais pas	Pas de réponse
88. Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je lui offrirais des récompenses lorsqu'elle mangerait.		X		
89. Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je lui parlerais de son poids.		X		
90. Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je lui parlerais de son apparence physique.		X		
91. Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je ne ressentirais pas de culpabilité.				
92. Je fermerais les yeux si une de mes amies avait un comportement alimentaire anormal.				
93. Si j'avais une amie atteinte d'un trouble alimentaire, je ressentirais de la frustration.				
94. Je connais quelqu'un qui se pèse plusieurs fois par semaine.				
95. Je connais quelqu'un qui fait du sport à tous les jours et de façon excessive.				
96. Je connais quelqu'un qui veut toujours être le meilleur et tout réussir par l'excellence.				
97. Je connais quelqu'un qui se trouve gros, même s'il ne l'est pas.				
98. Je connais quelqu'un qui a des sautes d'humeur fréquentes.				
99. Je crois que les crises de boulimie peuvent être déclenchées par des tensions interpersonnelles.	X			
100. Je ne trouve pas que les vedettes présentent trop souvent la maigreur extrême comme un idéal.		X		

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses pour les questions 2, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 63, 64, 65, 66, 94, 95, 96, 97 et 98, puisqu'elles montrent si le répondant connaît quelqu'un ayant des comportements ou symptômes liés aux troubles alimentaires. Quant aux questions 25, 60, 91, 26, 61, 92, 27, 62 et 93, il n'y a là non plus de bonnes ou de mauvaises réponses, car elles décrivent les sentiments qui peuvent être vécus par la personne si elle connaît quelqu'un atteint d'un trouble alimentaire.

*Appendice B*

Formulaire de consentement pour les étudiants de l'UQTR

### **Formulaire de consentement**

**Objet : Prétest sur la validation d'un questionnaire portant sur les connaissances et les attitudes à l'endroit des troubles alimentaires.**

Vous êtes invités à participer à une étude qui porte sur les connaissances et les attitudes des jeunes adultes à l'endroit du phénomène des troubles alimentaires. Cette recherche est sous la direction de Marc Alain PH. D. et de Lyne Douville doctorante PH. D., tous deux professeurs au département de psychoéducation à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).

L'objectif principal de cette recherche est de prétester un questionnaire. Par la suite, une validation du questionnaire sera faite auprès d'étudiants de différents cégeps de la Mauricie. Les données recueillies concernant les connaissances et les attitudes à l'endroit des troubles alimentaires permettront de créer des outils de prévention et d'intervention sur la problématique.

Pour ce faire, nous vous demandons de répondre au questionnaire contenant 101 questions. La passation durera une vingtaine de minutes et ne se fera qu'une seule fois.

#### **Avantages et inconvénients**

Ce questionnaire ne prendra que 20 minutes de votre temps. Si vous ressentez du stress ou certains malaises en remplissant ce questionnaire, cela pourrait vous inciter à chercher de l'aide auprès des services appropriés, par exemple le Centre universitaire de services psychologiques et Services aux étudiants.

Nous sollicitons donc votre participation, étudiants et étudiantes de l'UQTR.

Il est important que vous lisiez attentivement ce formulaire et que vous me posiez les questions qui vous permettront de comprendre ce qu'implique votre participation à l'étude.

#### **Liberté de participation et de retrait**

Votre participation à cette étude est à caractère strictement volontaire. Vous avez donc la liberté de vous retirer au moment que vous jugez bon et pour quelque raison que ce soit, et ce, sans préjudice. De plus, la participation ou non-participation à cette étude n'a aucun impact sur vos résultats académiques.

#### **Confidentialité et protection des renseignements**

Les renseignements que vous inscrirez sur le questionnaire resteront confidentiels et anonymes. Je serai la seule personne qui consultera ces renseignements et en aucun cas, il n'y aura divulgation d'informations nominatives. De plus, chaque questionnaire est numéroté pour fin de vérification statistique; en aucun cas, ce numéro permettra de vous identifier. Vous n'avez donc pas à écrire de données nominatives (tel que votre nom). Les questionnaires seront conservés sous clé, dans le bureau de la co-directrice, madame Lyne Douville et les données seront détruites à la fin de l'étude, soit en **août 2011.**

La collecte d'information de même que le traitement des données se feront dans le respect le plus strict des normes d'éthique de la recherche en vigueur à l'UQTR.

Si vous désirez avoir plus d'informations concernant cette étude, vous pouvez me contacter par courriel à l'adresse suivante : [pascale.boucher@uqtr.ca](mailto:pascale.boucher@uqtr.ca).

CONSENTEMENT DE PARTICIPANT (E)

Je, soussigné(e), affirme avoir lu attentivement les informations inscrites dans le formulaire de consentement. Je comprends ce qu'implique la participation à l'étude.

Je consens donc à participer à cette recherche.

Participant (e) :

\_\_\_\_\_  
Prénom et nom (lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Chercheur :

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Merci beaucoup pour votre collaboration.

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-08-137-06.08 a été émis le 13 août 2008. Pour toute autre question ou plainte d'ordre éthique, concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone au (819) 376-5011 poste 2136 ou par courriel [cereh@uqtr.ca](mailto:cereh@uqtr.ca).

### *Appendice C*

Formulaire de consentement pour les étudiants des collèges

### **Formulaire de consentement**

**Objet : Validation d'un questionnaire sur les connaissances et les attitudes à l'endroit des troubles alimentaires.**

Vous êtes invités à participer à la validation d'un questionnaire portant sur les connaissances et les attitudes des jeunes adultes à l'endroit du phénomène des troubles alimentaires. Cette recherche est sous la direction de Marc Alain PH. D. et de Lyne Douville doctorante PH. D., tous deux professeurs au département de psychoéducation à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).

L'objectif principal de cette recherche est de valider un questionnaire. Par la suite, les données recueillies concernant les connaissances et les attitudes à l'endroit des troubles alimentaires permettront de créer des outils de prévention et d'intervention sur la problématique.

Pour ce faire, nous vous demandons de répondre au questionnaire contenant 100 questions. La passation durera une vingtaine de minutes et ne se fera qu'une seule fois.

#### **Avantages et inconvénients**

Ce questionnaire ne prendra que 20 minutes de votre temps. Si vous ressentez du stress ou certains malaises en remplissant ce questionnaire, cela pourrait vous inciter à chercher de l'aide auprès des services appropriés, par exemple le Centre universitaire de services psychologiques ou le Service aux étudiants.

Nous sollicitons donc votre participation, étudiants et étudiantes d'un cégep de la région de la Mauricie.

Il est important que vous lisiez attentivement ce formulaire et que vous me posiez les questions qui vous permettront de comprendre ce qu'implique votre participation à l'étude.

#### **Liberté de participation et de retrait**

Votre participation à cette étude est à caractère strictement volontaire. Vous avez donc la liberté de vous retirer au moment que vous jugez bon et pour quelque raison que ce soit, et ce, sans préjudice. De plus, la participation ou non-participation à cette étude n'a aucun impact sur vos résultats académiques.

#### **Confidentialité et protection des renseignements**

Les renseignements que vous inscrirez sur le questionnaire resteront confidentiels et anonymes. Je serai la seule personne qui consultera ces renseignements et en aucun cas, il n'y aura divulgation d'informations nominatives. La procédure de confidentialité sera la suivante : en aucun cas, le nom de votre institution ne sera dévoilé. De plus, chaque questionnaire possèdera un numéro qui vous identifiera. Vous n'avez donc pas à écrire de données nominatives (tel que

votre nom). Les questionnaires seront conservés sous clé, dans le bureau de la co-directrice, madame Lyne Douville et les données seront détruites à la fin de l'étude, soit en **août 2011**.

La collecte d'information de même que le traitement des données se feront dans le respect le plus strict des normes d'éthique de la recherche en vigueur à l'UQTR.

Si vous désirez avoir plus d'informations concernant cette étude, vous pouvez me contacter par courriel à l'adresse suivante : [pascale.boucher@uqtr.ca](mailto:pascale.boucher@uqtr.ca)



**CONSENTEMENT DE PARTICIPANT (E)**

Je, soussigné(e), affirme avoir lu attentivement les informations inscrites dans le formulaire de consentement. Je comprends ce qu'implique la participation à l'étude.

Je consens donc à participer à cette recherche.

Participant (e) :

\_\_\_\_\_  
Prénom et nom (lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Chercheur :

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Merci beaucoup pour votre collaboration.

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CRE-08-137-06.08 a été émis le 13 août 2008. Pour toute autre question ou plainte d'ordre éthique, concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone au (819) 376-5011 poste 2136 ou par courriel [cereh@uqtr.ca](mailto:cereh@uqtr.ca).

**Données nominatives**

Date de passation : \_\_\_\_\_

Quel est votre sexe ? F \_\_\_\_\_ ou M \_\_\_\_\_

Quel est votre mois et année de naissance ? \_\_\_\_\_

En quels mois et année êtes-vous entré au cégep ? \_\_\_\_\_

Si c'est un retour aux études, votre première inscription s'est faite en quels mois et année ? \_\_\_\_\_

## *Appendice D*

### Ressources d'aide

## **Ressources d'aide**

### **Anorexie et boulimie : comprendre pour agir**

Pomerleau, Guy

Boucherville (Québec): Gaëtan Morin, 2001.

### **Tout savoir sur l'anorexie et la boulimie**

Perroud, Alain

Lausanne (Suisse): Favre, 2000.

### **Anorexie et boulimie, surmonter un problème alimentaire**

Moe, Barbara

Montréal: Logiques, 2002.

### **L'anorexie, sortir du tunnel**

Shankland, Rebecca et Alain Meunier

Paris: De la Martinière Jeunesse, 2003.

### **Clinique St-Amour**

<http://www.cliniquestamour.com/>

### **ANEB-Québec (Association québécoise d'aide aux personnes souffrant d'anorexie nerveuse et de boulimie)**

1800-630-1225

<http://www.anebquebec.com/>

### **Boulimie-Comprendre pour guérir**

[www.boulimie.fr](http://www.boulimie.fr)

### **Clinique Chenier**

<http://www.clinique-cherrier.com/>

### **Les ailes brisées**

<http://lesaillesbrisees.over-blog.com/categorie-613594.html>

### **Maison de transition l'éclaircie**

<http://www.maisoneclaircie.qc.ca/>

### **Centre universitaire de services psychologiques**

<http://www.uqtr.ca/cusp>

819-376-5088

Local : 0032, Michel-Sarrazin

*Appendice E*

**Formulaire de consentement pour les directeurs**



**Université du Québec à Trois-Rivières**

Département de psychoéducation  
3351, boul. des Forges C.P. 500  
Trois-Rivières (Québec) G9A 5H7

10 janvier 2009

**Objet : Validation d'un questionnaire sur les connaissances et les attitudes à l'endroit des troubles alimentaires**

Madame,

Je suis étudiante à la maîtrise en psychoéducation et je suis supervisée, dans le cadre de mon mémoire, par monsieur Marc Alain et madame Lyne Douville. Je désire effectuer une collecte d'informations sur la problématique des troubles alimentaires auprès des étudiants en deuxième année. Je m'intéresse plus particulièrement aux connaissances et attitudes des étudiants à l'endroit des filles ayant un trouble alimentaire. La problématique est grave et les besoins sont grandissants, nous croyons que les pairs peuvent être touchés et jouer un rôle important auprès de ces filles. La collecte de données permettra, à terme, de valider le questionnaire ainsi élaboré. Suite à cette validation, les nouvelles connaissances permettront de créer des outils de prévention et d'intervention sur la problématique et la collaboration des pairs. Tout sera mis en œuvre sur le plan du respect de la confidentialité (en aucun cas, le nom de votre institution ne sera dévoilé).

Pour les fins de cette étude, j'aimerais passer des questionnaires à l'automne 2008, dans les classes d'un même cours obligatoire (de deuxième année) afin de s'assurer que les participants soient âgés de 18 ans et plus. La distribution, la passation et la collecte des questionnaires dureront une vingtaine de minutes.

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-08-137-06.08 a été émis le 13 août 2008. Pour toute autre question ou plainte d'ordre éthique, concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone au (819) 376-5011 poste 2136 ou par courriel [cereh@uqtr.ca](mailto:cereh@uqtr.ca).

Pour signaler votre acceptation, veuillez compléter la seconde partie de cette lettre et me l'acheminer par courriel ou par la poste.

En espérant trouver chez vous une réception positive à ma demande, veuillez accepter l'expression de mes sentiments les meilleurs.

**Nous acceptons de participer à cette étude.**

---

Signature

---

Date

Merci de votre collaboration

---

**Pascale Boucher**